LA REVUE DU PRATICIEN
médecine générale
JE SUIS CHARLIE

NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien-Médecine Générale*, dont l'éditeur est le groupe Global Média Santé, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :*

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE : des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de la HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).
Les propos rapportés dans la rubrique Entretien n'engagent que leurs auteurs.

BIBLIOGRAPHIE : chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

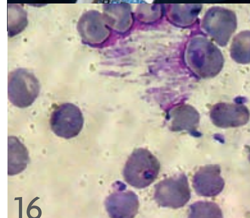
LIENS D'INTÉRÊTS : tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux. La déclaration de liens d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article (à défaut, une mention précise l'absence de déclaration).

ENGAGEMENT FMC : les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL : toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.

Sommaire

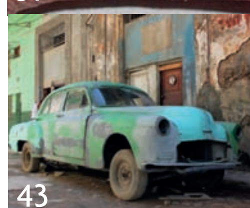

6


16


17


28


31


43

Ce numéro comporte un encart de formation « DPC 2015 ».

Photo de couverture : Serge Cannasse

Robert Haïat

Président de l'Association des médecins israélites de France (AMIF), il a organisé le 6 novembre 2014, à l'initiative de Bruno Halioua, dermatologue, historien et secrétaire général de l'AMIF, une cérémonie à l'Académie nationale de médecine pour honorer les 52 médecins et étudiants en médecine français Justes parmi les nations.

Perpétuer le travail de mémoire

Qu'est-ce qu'un Juste parmi les nations ?

Ce sont des personnes non juives qui ont sauvé des juifs dans les pays occupés par les nazis, avant et pendant la Seconde Guerre mondiale, sans demander de contrepartie et en étant conscientes du danger qu'elles et leur famille encouraient. Plus haute distinction civile de l'État d'Israël, ce titre a été instauré par une loi promulguée par son Parlement en 1953.

Il est décerné sans distinction de milieu social ou d'appartenance politique ou religieuse, sur la foi de récits des personnes sauvées ou de témoins oculaires et de documents fiables. En principe, il faut en faire la demande, mais il est rarissime que ses bénéficiaires le fassent : pour eux, leur action allait de soi. Ce sont leurs enfants ou les personnes sauvées qui s'en chargent.

Le dossier est examiné par l'institut Yad Vashem, en Israël, mémorial national de la Shoah. Ceux qui ont été ainsi distingués reçoivent une médaille sur laquelle est gravée une phrase du Talmud : *« Quiconque sauve une vie sauve l'univers tout entier. »*

Il existe un comité français pour Yad Vashem. À l'initiative de Nicole Guedj, ancienne ministre de Jacques Chirac, présidente de la Fondation France-Israël, les enfants et petits-enfants des Justes parmi les nations sont invités chaque année en Israël pour y lire le nom de leurs parents inscrits sur le mur du Jardin des Justes et au pied des arbres de l'Avenue des Justes.

Actuellement, plus de 25 000 personnes dans le monde ont été reconnues Justes parmi les nations, dont 3 654 Français et parmi eux 52 médecins ou étudiants en médecine et 36 infirmières. Certains sont très connus, comme Oskar Schindler, dont l'héroïsme a fait l'objet d'un film célèbre de Steven Spielberg. D'autres ont été distingués à partir de démarches entreprises par les bénévoles du Comité français pour Yad Vashem. Enfin, ce sont parfois des communautés entières qui sont honorées, comme le village protestant du Chambon-sur-Lignon (en Haute-Loire), dont les habitants ont sauvé des centaines de Juifs.

Il est important d'ajouter qu'il existe vraisemblablement des milliers de personnes qui auraient pu prétendre à cette distinction, mais qui sont restées anonymes. On en connaît pourtant certaines, comme Felix Kersten, le masseur de Himmler, qui était le chef des SS : lui seul arrivait à le soulager de ses douleurs abdominales et il profitait des séances de soin pour lui demander d'abandonner les poursuites contre tel ou tel juif. Ces anonymes ont été certainement nombreux en France, puisque les trois quarts des juifs présents dans le pays avant l'Occupation ont survécu à la Shoah en grande partie grâce à leur aide.

Pourquoi si peu de médecins Justes ?

Leur nombre doit effectivement tourner autour de 1,4 % de l'effectif des médecins de l'époque. Mais encore une fois, de très nombreux actes d'héroïsme sont restés totalement inconnus. Cela étant, il est vrai que le comportement de certains praticiens non juifs vis-à-vis de leurs confrères juifs était souvent calamiteux. À la Libération, on a trouvé des sacs entiers de dénonciations anonymes de médecins juifs par leurs confrères non juifs ! Ce qui a posé un problème de conscience majeur aux autorités de l'époque : devait-on le faire savoir ? Il a finalement été décidé de n'en rien faire, pour ne pas fragiliser gravement la profession.

En dehors de ces attitudes d'hostilité, le corps médical s'est finalement comporté comme une bonne partie du reste de la population : il est resté indifférent et n'est pas intervenu.

Je crois qu'il est important de ne pas porter de jugement sur cette attitude : je n'aime guère les bons sentiments émis dans un salon confortable à l'écart de tout danger. J'ignore ce que moi-même j'aurais fait. Il faut bien comprendre que le plus souvent les décisions ne se prenaient pas à l'issue de délibérations intimes mûrement réfléchies, mais brusquement, en quelques instants. De plus, elles risquaient de mettre en péril non seulement soi-même mais sa famille, sa femme ou son mari, ses enfants. C'était se lancer dans l'inconnu, ce que redoutent la plupart des gens. Quand le *Titanic* a commencé à couler, les premières barques de sauvetage étaient à moitié vides : les passagers refusaient de quitter la chaleur et les lumières du paquebot

La romancière Benoîte Groult raconte dans un de ses livres qu'un soir, son amie de douze ans, juive, est venue frapper à la porte de leur appartement ; les nazis avaient embarqué ses parents, elle ne savait que faire. Le père de Benoîte Groult lui a répondu qu'il n'y pouvait rien et a refermé la porte. Puis il a expliqué à sa fille atterrée qu'il ne pouvait pas courir le risque de mettre en danger elle-même


SERGE CANNASSE

et le reste de la famille. C'est d'ailleurs ce qu'il y a de remarquable chez les Justes : ils ne semblent pas s'être posé la question.

N'y a-t-il pas continuité entre l'éthique médicale et celle qui peut décider que quelqu'un est un Juste ?

Être reconnu Juste parmi les nations est le résultat d'un jugement collectif pris selon des critères précis. Être juste, c'est finalement être un honnête homme. Mais qui peut décider seul de qui l'est ou pas ? Les principes de l'éthique médicale sont indispensables parce qu'ils fournissent un cadre moral. Nous les recevons en temps de paix, assis bien tranquillement sur les bancs de l'université. Pendant l'Occupation, les circonstances étaient exceptionnelles. On a souvent reproché à François Mitterrand son amitié avec son camarade de captivité, René Bousquet, haut fonctionnaire organisateur de la rafle du Vel d'Hiv. Il répondait : *« De cette époque, vous ne pouvez rien comprendre. »* Un de mes patients m'a annoncé un jour partir aux États-Unis rejoindre un de ses amis qui l'avait appelé. *« Il était plus que mon frère ; nous avons partagé la même paillasse à Auschwitz »*, m'a-t-il expliqué. Je pense aussi au Pr Roger Perelman, juif, qui a demandé que ses cendres soient répandues au-dessus de ce camp, alors que sa religion lui interdisait l'incinération.
Pour revenir à Pierre Thomas et Anne Beaumanoir, les deux médecins Justes parmi les nations qui ont témoigné à l'Académie de médecine pendant la cérémonie du 6 novembre, ils étaient membres du Parti communiste. Pour eux, il s'agissait donc d'un engagement ancien en faveur des autres, quoi qu'on puisse penser par ailleurs de la nature de ce parti. Mais en sauvant des juifs sans en référer aux autorités de celui-ci (parce qu'ils n'en avaient pas le temps), ils lui désobéissaient, avec des conséquences qui pouvaient être extrêmes pour eux, l'époque ayant montré de nombreux exemples de disparition de militants qui avaient manqué à la discipline du parti.

Nous devrions retenir la proposition de Bernard Kouchner d'ajouter un paragraphe au serment d'Hippocrate, disant notamment que le médecin doit s'abstenir de participer à tout processus de torture ou de violation des droits humains.

Les Justes ont souvent été élevés dans des familles remarquables.

Pendant la séance de l'Académie, Anne Beaumanoir a eu cette remarque étonnante : *« La question la plus stupide qu'on puisse me poser, c'est de me demander comment j'ai eu le courage de faire ceci. Je l'ai fait d'abord par égoïsme, pour conserver l'estime de moi-même. Surtout, il était hors de question de faire autrement. »* Pierre Thomas a ajouté : *« Nous avions été éduqués à faire ceci et non cela sans discussion, parce que c'était normal. »* Le père de Philippe Lauret, médecin, a sauvé une famille juive en faisant hospitaliser mère et enfants pendant toute la durée de la guerre. Alors que par ailleurs il était très bavard, il n'en a jamais parlé : pour lui, cela allait de soi. C'est aussi cette éducation qu'il donnait à ses enfants.

Commémorer les Justes, est-ce un devoir de mémoire ?

Je n'aime pas cette expression : le mot devoir comporte une obligation. Je préfère parler de travail de mémoire ; insister sur le merveilleux engagement de ces hommes et ces femmes est un honneur et non un poids.
Cependant, je suis frappé par la montée du négationnisme et de l'indifférence. Il ne s'agit plus seulement de personnalités isolées, qui contestent le génocide, pourtant établi par des milliers de documents et de témoignages. Le phénomène touche l'enseignement, et il arrive qu'on n'y puisse plus parler de la Shoah parce que les élèves prétendent que c'est un mensonge juif ou qu'aujourd'hui ça n'a plus d'importance. Je rappelle qu'à la libération des camps de concentration, Dwight David Eisenhower, commandant en chef des forces américaines, puis président des États-Unis, exigea qu'on filme les monceaux de cadavres abandonnés pour que, disait-il, *« plus tard, il n'y ait pas des salopards (*bastards*) qui puissent nier ce qui s'est passé »*. ●

Propos recueillis par Serge Cannasse
journaliste et animateur du site
carnetsdesante.fr

R. Haïat déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Dysphagies oropharyngées du sujet âgé

Retour sur l'article de **Virginie Ruglio**, publié dans *La Revue du Praticien-MG*, n° 822 de mai 2009.
Orthophoniste, Hôpital européen Georges-Pompidou ; équipe mobile gériatrique externe Paris coordonnée par le Pr Olivier Saint Jean.
virginie.ruglio@egp.aphp.fr

▶ **Dysphagies oropharyngées** (ou hautes) : depuis la bouche jusqu'au carrefour aérodigestif, au-dessus du sphincter supérieur de l'œsophage.
▶ À distinguer des dysphagies basses dues à des anomalies du transit œsophagien.
▶ Fréquentes en gériatrie (jusqu'à 70 % en institution), source de fausses routes silencieuses (sans toux).
▶ Responsables de morbidité/mortalité et coûts importants ➔ sensibiliser intervenants et aidants, en ville ou dans les institutions d'accueil, à ces pathologies et aux stratégies préventives.

Causes

▶ **À tout âge :** certaines pathologies ORL (cancers, laryngectomies, thyroïdectomies).
▶ **Chez le patient âgé :** le plus souvent, troubles neurologiques sensitivomoteurs même discrets de la région pharyngolaryngée, d'origine centrale (vasculaire, dégénérative, tumorale, infectieuse, traumatique), périphérique (paralysies récurrentielles, traumatismes cervicaux) ou iatrogène.
▶ **Facteurs d'aggravation ou révélateurs :** troubles de la vigilance et du comportement, confusion, lésions muqueuses (mycoses).
▶ **Caractéristiques physiques des aliments** (selon les patients) : risque de fausse route augmenté pour les aliments liquides chauds, tièdes ou fades ou solides fragmentés, à textures hétérogènes (mélanges solides/liquides) ou trop pâteuses.

Diagnostic

▶ Dépistage systématique (en l'absence de plainte) conseillé.
▶ Prise en compte des facteurs de risque neurologiques et ORL, des antécédents respiratoires (potentiellement liés à des inhalations chroniques) et entretien orienté avec le patient et ses aidants.
▶ **Symptômes :**
– d'emblée évocateurs : gêne pour avaler, fuites buccales, reflux nasal, fausses routes évidentes, toux ou modification de la voix au repas ;
– moins typiques (ou mal interprétés) : perte de poids, dénutrition, déshydratation, aggravation de l'état général, pneumopathies récidivantes, épisodes fébriles inexpliqués, encombrement bronchique.
▶ Si plaintes de type blocage ou douleurs hautes, évoquer des dysphagies oropharyngées sur obstacle mécanique (tumeurs).
▶ En cas de pyrosis, odynophagie ou douleurs thoraciques, vomissements et régurgitations, penser à des dysphagies œsophagiennes.

Examens

▶ **Général :** détecter des anomalies morphologiques locales (goitre, adénopathies) et des signes généraux faisant suspecter un cancer.
▶ **Neurologique** (global et orofacial) : rechercher dysarthrie, dysphonie ; évaluer motricité et sensibilité linguales, vélaires et pharyngées (absence de réflexe nauséeux ou signe du rideau ne sont pas synonymes de dysphagie).
▶ **Endobuccal** (avec éventuellement un miroir laryngé) : peut montrer la cause ou des facteurs favorisants (néoplasie, xérostomie, mycoses, édentement, mauvaise hygiène buccodentaire).
▶ **Test au verre d'eau :** faire boire un demi-verre (90 mL) d'eau plate à T° ambiante sans interruption ; si difficulté, toux ou modification de la voix dans la minute qui suit ➔ dysphagie probable.

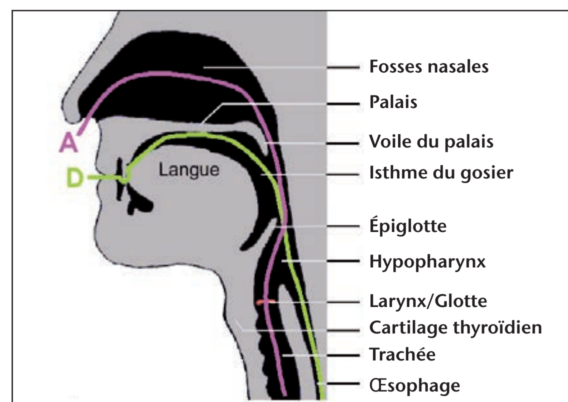


Figure – Carrefour aérodigestif : voies aérienne (A) et digestive (D).

TABLEAU 1 CONSEILS PRÉVENTIFS

	Préférer	Éviter
Conditions générales	Vigilance optimale du patient Ambiance calme Hygiène buccodentaire maximale	Distractions (TV, convives…)
Installation de la personne	Assis(e) dos droit à 90° si possible Tête fléchie en avant (menton vers la poitrine) Tête en flexion-rotation latérale (menton vers la clavicule) du côté déficitaire	Couché(e) ou à demi-assis(e) Tête en arrière
Se placer pour nourrir/ faire boire	Plutôt en bas Face-à-face ou du côté paralysé/ déficitaire	Se pencher au-dessus de lui/d'elle et lui donner la cuillère depuis le haut
Ustensiles	Aider/encourager le patient à les manipuler autant que possible Verre normal évasé, bien rempli Gobelet à découpe nasale	Verre à bec (« canard ») Bol Pailles
Liquides	Froids, glacés Savoureux et stimulants : eaux pétillantes froides, mélanges jus de fruits et eau gazeuse glacée, sodas Au besoin, épaissir sans gélifier (textures homogènes, type nectar, compote, purée)	Chauds, tièdes Fades Mélanges solides + liquides
Solides	Textures homogènes Aliments liés par des sauces, corps gras Savoureux, sucrés	Aliments fragmentés (petits pois, semoule, riz sec, miettes…) Fades
Médicaments	Sirops épaissis Gélules et comprimés vidés/broyés et mélangés aux crèmes, compotes, purées	Comprimés et gélules entiers En lançant la tête en arrière pour « faire passer »

TABLEAU 2 QUELS USTENSILES CHOISIR POUR BOIRE ?

Préférer	Éviter
Le verre normal, plutôt évasé, bien rempli (et non le bol) et le verre à découpe nasale : – permettent de maintenir la flexion de tête indiquée, même pour finir le verre – permettent de voir le bolus – préservent le contact du bolus avec les lèvres (stimulation précoce, appel des réponses réflexes) – ne sont pas infantilisants	**Le verre à bec (« pipette, canard ») :** – induit une extension du cou, contre-indiquée – ne permet pas de voir le bolus – empêche le contact du bolus avec les lèvres – demande une succion, non recherchée chez le sujet âgé – est infantilisant – est indiqué pour le tremblement des membres supérieurs, hors troubles de la protection des voies aériennes **La paille :** – permet de boire couché ou mal assis, ce qui est contre-indiqué – ne limite pas toujours la quantité de liquide absorbé, notamment en cas de troubles cognitivo-comportementaux – projette le bolus en fond de gorge, exigeant une réponse réflexe qui est déficitaire chez le dysphagique – induit une modification de la séquence déglutition/ respiration – empêche le contact du bolus avec les lèvres – demande une succion, non recherchée chez le sujet âgé – est indiquée pour la rééducation des paralysies faciales hors troubles de la protection des voies aériennes

Bilan complémentaire

▶ **Par un orthophoniste spécialisé :**
– interrogatoire + évaluation des facteurs de risque ;
– examen approfondi : voix, parole et déglutition ;
– estimation du risque de fausse route (notamment silencieuse) avec diverses textures, températures et saveurs ;
– évaluation de l'état cognitif du patient ;
– examen de son comportement alimentaire, de préférence au domicile, incluant les actions des aidants ➔ suggestions de prise en charge transmises au médecin (aménagements alimentaires).

▶ Fibroscopie œsogastroduodénale : possible mais ne permet pas de bien explorer l'hypopharynx et la bouche œsophagienne (intubation à l'aveugle).

▶ Nasofibroscopie de déglutition, en 1re intention (vidéoradioscopie difficile d'accès) : pour mettre en évidence des anomalies morphologiques et lésionnelles, et tester à vue divers types de bolus et des postures compensatoires éventuelles.

Prise en charge

▶ Coordonnée par le médecin, implique l'orthophoniste, parfois le kinésithérapeute et, selon le lieu de vie, infirmiers, aides-soignants et diététiciens.

▶ **Objectif :**
– limiter les complications infectieuses des inhalations (encombrement bronchique et pneumopathies) et le recours aux sondes d'alimentation entérale ;
– optimiser les apports nutritionnels ;
– préserver la qualité de vie ou de fin de vie.

▶ **Prise en charge réadaptative et palliative** plus que rééducative :
– actions personnalisées sur la manière de faire manger ou de donner à manger, le choix des aliments, boissons et médicaments proposés (texture, température, saveur).

▶ **Postures compensatoires :**
– flexion antérieure de tête : augmente la protection laryngée et donc trachéale, en réduisant l'accès vertical du bolus vers la glotte (s'oppose à la position d'intubation) ;
– en cas d'hémiplégie, la rotation latérale du côté paralysé induit le passage du bolus du côté sain ;
– la position « menton vers la clavicule » du côté déficitaire rassemble les bénéfices des 2 postures.

▶ Information et guidance des aidants familiaux et professionnels (tableaux 1 et 2). ●

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Hyperactivité de l'enfant : est-ce un TDA/H ?

Dépister, orienter et accompagner enfants et parents.

Par **Alexandre Yailian**, service de médecine psychologique de l'enfant et de l'adolescent, CHU Montpellier, 34295 Montpellier.
a-yailian@chu-montpellier.fr

Difficultés à se concentrer, à écouter les consignes, énergie exagérée et impulsivité ? C'est peut-être un TDA/H ou trouble déficit de l'attention/hyperactivité, qui affecte environ 5 % des enfants d'âge scolaire et peut altérer durablement le fonctionnement social, familial, scolaire et professionnel. Les difficultés persistent chez environ 70 % des adolescents et 50 % des adultes. Sex-ratio : environ 4 garçons pour 1 fille.

PHYSIOPATHOLOGIE

Plusieurs constatations sont en faveur d'un trouble précoce du neurodéveloppement.[1-3] En comparaison avec les pairs, les enfants avec TDA/H ont une augmentation des ondes lentes à l'encéphalogramme, un volume total cérébral réduit à l'IRM, et vraisemblablement un retard de maturation corticale des régions antérieures par rapport aux régions postérieures. Au niveau moléculaire, les hypothèses catécholaminergiques sont particulièrement étudiées.

Les facteurs environnementaux les mieux connus sont un très faible poids de naissance (moins de 1 500 g), la prématurité, l'exposition intra-utérine au tabac, à l'alcool et au plomb, les antécédents d'abus, de négligence, de placements en foyers multiples, d'infection (encéphalite).

Génétique. La prévalence est plus élevée chez les apparentés au premier degré qu'en population générale. L'agrégation familiale du TDA/H est donc substantielle, et les études de jumeaux montrent que son héritabilité est significative. Alors que des gènes spécifiques ont été associés, ils expliquent une part faible de la variance phénotypique. La cause est probablement multifactorielle, faisant intervenir des facteurs génétiques, environnementaux ainsi que des interactions entre eux.

UN DIAGNOSTIC CLINIQUE[4, 5]

Il peut être fréquent d'avoir des difficultés de concentration ou de l'impulsivité… C'est l'association de plusieurs critères dans une période et des situations données qui sont nécessaires. Le diagnostic n'est pas toujours simple, la limite entre comportement adapté et pathologique dépendant de nombreux facteurs, tels que les valeurs de la société et du médecin, la tolérance de l'entourage par rapport aux comportements difficiles ainsi que le manque de spécificité des symptômes. En outre, il n'existe pas de test paraclinique définissant le trouble.

Le TDA/H n'est pas associé à des caractéristiques physiques spécifiques, bien que les taux d'anomalies mineures (hypertélorisme, palais très arqué, implantation basse des oreilles) puissent être relativement élevés. Des retards subtils au niveau psychomoteur et des signes neurologiques « doux » (immaturité cérébrale, disparaissant après l'âge de 7 ans dans le développement normal) peuvent être présents.

Critères diagnostiques du DSM-5. Trois dimensions comportementales majeures sont à évaluer : attention, activité motrice et impulsivité (encadré 1). Les renseignements cliniques initiaux doivent provenir de plusieurs interlocuteurs, incluant l'enfant ou l'adolescent, les parents ou les représentants légaux et les enseignants. De la même façon, une échelle de dépistage, comme celle de Conners, peut être fournie aux parents et aux enseignants.

Les diverses formes cliniques témoignent de l'hétérogénéité du trouble et l'intérêt de stratégies d'aides adaptées individuellement.

Dans la présentation « inattention prédominante », les symptômes d'inattention sont au premier plan, tandis que les critères d'hyperactivité-impulsivité sont en deçà des seuils cliniques. C'est le contraire pour la forme « hyperactivité-impulsivité prédominante ».

La « mixte », la plus fréquente, associe les 2 types de symptômes, avec suffisamment de critères positifs dans les deux catégories. Une personne peut, au cours de son développement, passer d'un type à l'autre.

Symptômes émotionnels.[6] On observe une proportion significative de troubles de l'expression ou de la régulation émotionnelle, y compris à l'âge adulte. Ils peuvent être à l'origine de crises de colère sévères, d'irritabilité chronique ou bien d'une tendance à manifester plus souvent des émotions négatives

(tristesse, colère, anxiété). La prévalence de comorbidités associées au TDA/H comme les troubles oppositionnels ou de l'humeur renforce l'évidence d'un lien neurodéveloppemental entre ces affections.

Des bilans neuropsychologique, orthophonique, psychomoteur sont utiles pour cerner le profil des capacités et des difficultés du patient et lui proposer une aide adaptée ; et aussi pour diagnostiquer un trouble des apprentissages souvent associé.

Principales comorbidités : troubles de l'humeur, anxieux, du comportement (tels que le trouble oppositionnel avec provocation et celui des conduites) et tics.[5] La tendance à rechercher des sensations explique une plus forte prévalence d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives. Il est important d'identifier dyslexie, dyscalculie, dyspraxie ou dysphasie.

BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE[5]

Avant tout éventuel traitement médicamenteux, il faut recueillir les antécédents médicaux somatiques personnels et familiaux, en particulier cardiologiques, faire un examen physique (fréquence cardiaque, pression artérielle, poids, taille, recherche d'éléments dysmorphiques ou de points d'appel pour un diagnostic différentiel et examen neurologique), un ECG (si antécédents personnels ou familiaux de pathologie cardiaque sévère, de mort subite ou d'anomalie cardiaque connue), une estimation du risque suicidaire, du risque de mésusage ou de détournement du psychotrope. Une évaluation familiale peut être proposée afin de ne pas sous-diagnostiquer des cas de TDA/H.

PRISE EN CHARGE[5]

Les approches psychoéducatives ou psychocomportementales sont la première étape. Il peut s'agir d'informations sur le trouble et son évolution, puis si cela est nécessaire d'interventions personnalisées auprès des parents ou des enseignants, pour faciliter l'adaptation psychosociale du patient. La psychoéducation en groupe peut être très utile (groupe de parents selon des méthodes de guidance comportementale ; comme celle de Barkley).[7] Des outils de remédiation cognitive, c'est-à-dire donnant à l'enfant ou à l'adulte des moyens de rééduquer certaines fonctions moins développées, sont de plus en plus souvent proposés ; la généralisation des compétences acquises en dehors de l'entourage proche reste cependant à confirmer.

Les psychostimulants sont la classe la plus prescrite. En France, seul le méthylphénidate (Ritaline, Quasym, Concerta) est commercialisé sous plusieurs formes (libération immédiate, prolongée ou mixte). La réponse clinique attendue est une amélioration des symptômes d'inattention principalement, et d'hyperactivité-impulsivité chez 70-80 % des patients (les 20-30 % restants sont soit intolérants au traitement, soit non répondeurs). Parallèlement, l'estime de soi et la socialisation peuvent être meilleures. Un effet positif sur les performances académiques, les symptômes oppositionnels est possible, surtout lorsque des aménagements environnementaux sont également mis en place. Ces médicaments sont en général prescrits lorsque les mesures comportementales sont insuffisantes ou d'emblée en cas de

Méthylphénidate : prudence !

Contre-indications

Schizophrénies, arythmies cardiaques, insuffisance coronaire, HTA, hyperthyroïdie, glaucome à angle fermé.

Précautions d'emploi

Tics, troubles du spectre autistique, troubles de l'humeur.

Effets secondaires

Insomnie*, céphalées*, douleurs abdominales*, nervosité, diminution de l'appétit*, retentissement sur la croissance possible, apparition ou accentuation de tics, palpitations, variations de la pression artérielle.

** Symptômes généralement transitoires et peu fréquents ; il convient de rassurer les patients. S'ils persistent ou sont très gênants, un changement de forme pharmacologique et un avis peuvent être souhaitables.*

ENCADRÉ 1

Diagnostic du TDA/H selon le DSM-5

A. Présence soit de 1), soit de 2)

1) ≥ 6 des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant, et impactant négativement et directement les activités sociales et scolaires/professionnelles (note : pour les adolescents plus âgés – plus de 17 ans – et les adultes, au moins 5 critères sont requis) :

– souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (par exemple, néglige ou manque des détails, travail imprécis) ;

– a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (a du mal à rester concentré pendant les cours, les conversations ou les longues lectures) ;

– semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (l'esprit semble ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente) ;

– souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (démarre une tâche mais se déconcentre vite et est facilement distrait) ;

– a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (a des difficultés à réussir des tâches séquentielles ; à garder matériel et affaires en ordre ; produit un travail désorganisé et brouillon, a une mauvaise gestion du temps, ne rend pas son travail à temps) ;

– souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;

– perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ;

– souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;

À RETENIR

Le diagnostic de TDA/H, complexe, requiert une évaluation multidisciplinaire.
La prescription de psychostimulants est d'initiation hospitalière mais peut être renouvelée par le médecin traitant.
En première intention, privilégier les approches non médicamenteuses sauf en cas de signes de gravité.
Attention aux effets secondaires du psychostimulant. La surveillance médicale est mensuelle.

facteurs de gravité selon les recommandations européennes et de façon exceptionnelle en âge préscolaire.[8] Ils le sont en revanche en première intention aux États-Unis.
La prescription initiale (ordonnance sécurisée) est hospitalière et le renouvellement peut être fait mensuellement par le médecin traitant.
Les régimes alimentaires pauvres en sucre ou sans conservateur ne sont plus recommandés d'après une méta-analyse récente.[9] En revanche, les acides gras oméga 3 et 6 auraient montré un effet significatif léger. ●

Que dire à vos patients

→ **Avoir un TDA/H ne signifie pas absence de compétences :** Léonard de Vinci, Albert Einstein, Mozart et Salvador Dali avaient des symptômes proches.

→ **En cas de symptômes particulièrement gênants à l'école ou à la maison,** une consultation spécialisée peut être utile.

→ **Le méthylphénidate n'induit pas un risque** augmenté de consommation de substances psychoactives à l'adolescence.

→ **Il existe de nombreux sites Internet** et associations de personnes ayant un TDA/H.

RÉFÉRENCES

1. Warikoo N, Faraone SV. Background, clinical features and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children. Expert Opin Pharmacother 2013;14:1885-906.
2. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2001;10:299-316.
3. Purper-Ouakil D, Lepagnol-Bestel AM, Grosbellet E, Gorwood P, Simonneau M. Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. Med Sci (Paris)2010;26:487-96.
4. American Psychiatric Association. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC; 2013.
5. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA): Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, 3e ed. Toronto; 2011. http://www.caddra.ca/fr/directrices/telechargez
6. Purper-Ouakil D, Franc N. Emotional dysfunctions in attention deficit hyperactivity disorder. Arch Pediatr 2011;18:679-85.
7. Barkley RA. Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity: Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilfort Press; 1998.
8. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13 (Suppl 1):I7-30.
9. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Non pharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. Am J Psychiatry 2013;170:275-89.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

– oublis fréquents dans la vie quotidienne (faire des corvées, faire les courses ; pour les plus âgés et les adultes, rappeler quelqu'un, payer les factures, aller à un rendez-vous).

2) ≥ 6 des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant :
– remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège ;
– se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis ;
– souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents et les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) ;
– a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou dans les activités de loisir ;
– est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était « monté sur ressorts » ;
– parle souvent trop ;
– laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée ;
– a souvent du mal à attendre son tour ;
– interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (par exemple, à l'école, au travail, à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement scolaire, social ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, trouble thymique, anxieux, dissociatif ou de la personnalité).

Par **David Rosenbaum***

Intolérance musculaire aux statines

Bien connaître les facteurs de risque et les médicaments à ne pas leur associer.

Dans les larges essais randomisés sur les statines, le pourcentage d'effets secondaires a toujours été < 5 %, similaire à ceux des groupes placebo.[1] Dans les études en vie réelle, ce taux pourrait monter jusqu'à 20-25 % avec un impact certain sur l'observance et la qualité de vie.[2] Cette différence est attribuable à la sélection des patients dans les essais. Des facteurs de risque ont été identifiés (tableau 1).[3]

Description

Les myalgies sont l'effet secondaire le plus souvent rapporté par les patients (jusqu'à 30 %). Très difficiles à décrire, elles peuvent prendre la forme de courbatures, fatigue, algies plus ou moins diffuses, voire crampes ou douleurs tendineuses.

La myosite est définie par des myalgies avec élévation modérée des CPK (< 10 N).

La rhabdomyolyse est la plus sévère des complications musculaires. Potentiellement mortelle, la lyse musculaire est majeure (CPK > 10 N) mais elle est heureusement très rare (< 1/1 million de prescription) avec les statines actuellement commercialisées.

Les mécanismes sous-jacents aux douleurs musculaires sont inconnus.[4] De nombreuses hypothèses ont été explorées : susceptibilité génétique, interactions médicamenteuses, déficit en vitamine D ou en coenzyme Q, interaction avec le métabolisme de la mitochondrie musculaire, auto-immunité.

Diagnostic

Classiquement, les symptômes suivent la prise du médicament, s'amendent à son arrêt et recommencent après la reprise. Cependant, les douleurs musculaires sont banales et fréquentes en dehors de toute iatrogénie (causes rhumatologiques notamment). Après l'initiation du traitement, elles peuvent survenir précocement (< 1 mois) ou tardivement, elles sont cliniquement variables d'une statine à l'autre.

Par ailleurs, il n'existe pas de marqueur spécifique. En effet, l'élévation des CPK est courante après une crampe, un effort modéré ou chez des sujets noirs.

Toutefois, l'existence de facteur de risque de myalgies, la survenue précoce, les crampes des mains et des pieds, l'atteinte des ceintures et une rémission légèrement retardée pour les statines à demi-vie longue (> 15 j pour l'atorvastatine et la rosuvastatine), souvent retrouvés, aident à incriminer le traitement.

Par ailleurs, il est important de rechercher des diagnostics différentiels (tableau 2), notamment hypothyroïdie et cause neurologique ou rhumatologique.

De très rares myosites nécrosantes auto-immunes ont été décrites sous statine. Par ailleurs, ces hypolipémiants peuvent démasquer une myopathie sous-jacente restée quiescente, en en exacerbant les symptômes. En l'absence de déficit musculaire franc ou d'élévation importante des CPK, la probabilité d'une telle myopathie reste très faible.

Des symptômes musculaires qui persistent à distance (> 1 mois) après l'arrêt de la statine doivent faire rechercher une autre étiologie.

En cas d'élévation des CPK, il faut éliminer une cause non médicamenteuse (tableau 2).

TABLEAU 1 FACTEURS DE RISQUE DE MYALGIES SOUS STATINE

Endogènes	Exogènes
– Âge > 80 ans – Sexe féminin – Ethnie asiatique – IMC < 20 – Diabète, hypothyroïdie, insuffisance rénale ou hépatique – Antécédents personnels ou familiaux de crampes et douleurs musculaires	– Dose élevée de statine – Alcoolisme – Coprescription de fibrate – Interaction médicamenteuse : inhibiteurs enzymatiques, amiodarone, vérapamil, warfarine, macrolides, antifongiques azolés

TABLEAU 2 CAUSES DE MYALGIES ET D'ÉLÉVATION DES CPK

Myalgies	Élévation des CPK
– Exercice physique, traumatisme – Virose – Déficit en vitamine D – Dysthyroïdie – Cushing ou insuffisance rénale – Hyperparathyroïdie – Fibromyalgie – Polyarthrite rhumatoïde, lupus – Polymyosite – AOMI – Tendinopathies – Iatrogénie : corticoïdes, neuroleptiques, antirétroviraux, cocaïne, amphétamine	– Exercice physique, traumatisme, crampes – Virose – Hypothyroïdie – Ethnie noire – Alcoolisme – Myopathies métaboliques – Idiopathique – Cocaïne, amphétamine, neuroleptiques

* Unité de prévention des maladies cardiovasculaires, pôle cardiologie/métabolisme, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 75013 Paris.

L'ESSENTIEL

- ➜ **Les statines sont une des plus importantes avancées** en prévention cardiovasculaire.
- ➜ **Malgré leur très bon profil de tolérance,** leur large prescription a engendré de fréquents effets secondaires, spécifiques ou non, et plus ou moins attribuables au médicament.
- ➜ **En attendant des études de mortalité** avec les autres hypolipémiants ou portant spécifiquement sur la population d'intolérants aux statines, les options thérapeutiques restent limitées.

Comment prévenir ? [4]

- ➜ Si FDR de myalgies, doser TSH, CPK et urée/créatinine avant le traitement.
- ➜ Expliquer au patient l'éventualité de cet effet indésirable et le profil général de bonne tolérance de cette classe, en lui conseillant de reconsulter si besoin.
- ➜ Le revoir entre 6 et 12 semaines après.
- ➜ Pour certains, demander un premier dosage de CPK sous statine en précisant bien de ne pas faire de sport 72 h avant pour obtenir une « valeur de base sous traitement ».

Prise en charge

Plusieurs options sont possibles mais aucune n'est formellement validée.

Maintien des statines

Étant donné le très large corpus de preuves de leur bénéfice cardiovasculaire, le maintien est le plus souvent privilégié en première intention.[5]

Il est conseillé en premier lieu de faire un « *wash out* » : 2 à 3 semaines pour la rosuvastatine et l'atorvastatine, 1 semaine pour les autres. Ensuite on peut :

- garder la même statine et redescendre à une dose inférieure. En effet, les effets secondaires semblent dose-dépendants ;
- ou proposer la même dose en discontinu : 1 jour sur 2 ou, plus facile pour l'observance : lundi/mercredi/vendredi. Ce schéma est à privilégier pour les molécules à demi-vie longue (rosuvastatine et atorvastatine). Il a montré son efficacité dans plusieurs petites études chez plus de trois quarts des patients auparavant intolérants.[6]

Une fois la dose maximale tolérée atteinte et si le LDL-C cible n'est pas obtenu, on peut ajouter l'ézétimibe.

Changer de statine

Malgré l'effet classe, certains patients peuvent tolérer une statine et pas une autre. Aucune comparaison valable méthodologiquement ne fait recommander une molécule en particulier. La simvastatine et l'atorvastatine ont été les plus étudiées : c'est avec elles que les effets secondaires ont été surtout décrits.

On recommande d'essayer 3 statines différentes dont une à demi-vie courte telle la fluvastatine 80 LP avant de déclarer le patient intolérant.[7]

Arrêt du traitement

Si le risque cardiovasculaire est faible à modéré (score < 3 %) et si le LDL n'est pas au-delà de 15 % de la valeur cible, la première option est d'arrêter la statine. Les phytostérols alimentaires (Pro-activ, Acti-Stérol, Danacol) induisent une réduction modeste mais réelle du LDL-C (< – 10 %).[8]

La levure de riz rouge contient de la lovastatine, statine naturelle. Elle n'a pas été commercialisée car peu efficace, elle donne un taux plutôt élevé de rhabdomyolyse. Évaluée dans un essai randomisé en aveugle contre 20 mg de pravastatine, elle induit la même baisse de LDL-C et le même pourcentage d'effets secondaires.[9]

Il est très difficile de savoir la quantité exacte de statine contenue dans un comprimé, c'est pourquoi cette prescription n'est recommandée qu'en dernier recours et certainement pas en adjonction d'une statine.

Autres hypolipémiants

D'autres médicaments diminuent le LDL-C mais n'ont pas encore montré de bénéfices solides en termes de réduction du risque cardiovasculaire. On les utilise en seconde intention en cas d'intolérance complète aux statines. Parmi ceux-ci, l'ézétimibe est à privilégier étant donné son profil de tolérance et les preuves de prévention déjà existantes.[10] En cas de diabète, les fibrates, bien tolérés, peuvent être une alternative.[11] Les anticorps anti-PCSK9, à l'étude chez des intolérants aux statines, seront peut être une solution à ce problème fréquent.[12] ●

RÉFÉRENCES

1. Law M, Rudnicka AR. Statin safety: a systematic review. Am J Cardiol 2006;97:52C-60C.
2. Rosenbaum D, Dallongeville J, Sabouret P, Bruckert E. Discontinuation of statin therapy due to muscular side effects: a survey in real life. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2013;23:871-5.
3. Joy TR, Hegele RA. Narrative review: statin-related myopathy. Ann Intern Med 2009;150:858-68.
4. Mancini GB, Baker S, Bergeron J, et al. Diagnosis, prevention, and management of statin adverse effects and intolerance: proceedings of a Canadian Working Group Consensus Conference. Can J Cardiol 2011;27:635-62.
5. Tompkins R, Schwartzbard A, Gianos E, Fisher E, Weintraub H. A current approach to statin intolerance. Clin Pharmacol Ther 2014;96:74-80.
6. Glueck CJ, Aregawi D, Agloria M, et al. Rosuvastatin 5 and 10 mg/d: a pilot study of the effects in hypercholesterolemic adults unable to tolerate other statins and reach LDL cholesterol goals with nonstatin lipid-lowering therapies. Clin Ther 2006;28:933-42.
7. Stein EA, Ballantyne CM, Windler E, et al. Efficacy and tolerability of fluvastatin XL 80 mg alone, ezetimibe alone, and the combination of fluvastatin XL 80 mg with ezetimibe in patients with a history of muscle-related side effects with other statins. Am J Cardiol 2008;101:490-6.
8. Abumweis SS, Barake R, Jones PJH. Plant sterols/stanols as cholesterol lowering agents: a meta-analysis of randomized controlled trials. Food Nutr Res 2008;52.
9. Halbert SC, French B, Gordon RY, et al. Tolerability of red yeast rice (2,400 mg twice daily) versus pravastatin (20 mg twice daily) in patients with previous statin intolerance. Am J Cardiol 2010;105:198-204.
10. Baigent C, Landray MJ, Reith C, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2011;377:2181-92.
11. ACCORD Study Group, Ginsberg HN, Elam MB, Lovato LC, et al. Effects of combination lipid therapy in type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2010;362:1563-74.
12. Stroes E, Colquhoun D, Sullivan D, et al. Anti-PCSK9 antibody effectively lowers cholesterol in patients with statin intolerance: the GAUSS-2 randomized, placebo-controlled phase 3 clinical trial of evolocumab. J Am Coll Cardiol 2014;63:2541-8.

L'auteur déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles (essais cliniques financés par AMGEN, activités de formation pour Novartis, colloques pour MSD) et avoir été pris en charge à l'occasion de congrès par AMGEN, Novartis, MSD et Daiichi Sankyo.

Par **Amal Saadouni*, Hasna Baha**, Bouchra Oukache***

Pâleur extrême ?

Un enfant âgé de 3 ans et demi est hospitalisé pour une pâleur faciale accompagnée de fièvre et d'une splénomégalie (flèche splénique à 7 cm). L'hémogramme met en évidence une anémie normochrome normocytaire régénérative, associée à une leucopénie et une thrombopénie. La sérologie spécifique par immunofluorescence indirecte évoque une leishmaniose viscérale. Le myélogramme confirme le diagnostic en montrant, sur une moelle peu riche, des corps d'amastigotes de leishmanie (figure).

Cet enfant est traité par antimoniate de méglumine (Glucantime) à 75 mg/kg/j. Une amélioration clinique est observée au bout de 15 jours (disparition de la fièvre et diminution de la splénomégalie). À 22 jours : normalisation de l'hémogramme et absence de leishmanies au myélogramme.

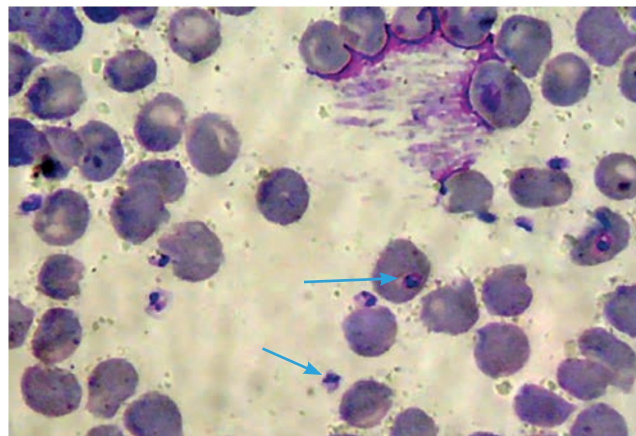


Figure – Corps d'amastigotes de leishmanie sur un myélogramme.

DISCUSSION

Les leishmanioses sont dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania* qui sont transmis par la piqûre d'un insecte diptère hématophage mesurant de 2 à 4 mm, le phlébotome femelle.

Ils sont actifs toute l'année dans les régions tropicales et en été dans les régions tempérées de l'hémisphère nord. Les femelles s'infectent à partir d'un mammifère réservoir. Ensuite, les leishmanies, inoculées au niveau intradermique, parasitent les cellules phagocytaires mononucléées de l'hôte vertébré. Dans les formes cutanées, elles restent localisées au site d'inoculation, tandis que pour les atteinte viscérales elles diffusent à l'ensemble du système réticulo-histiocytaire. Dans le monde, on compte une trentaine d'espèces de phlébotomes vecteurs d'une vingtaine de leishmanies différentes.

Ces maladies sont relativement fréquentes au Maroc (plusieurs dizaines de cas par an). La forme viscérale, appelée également *Kala Azar*, y existe depuis 1921 et touche principalement les enfants de moins de 5 ans (surtout dans le nord du pays). Le chien est le réservoir de *Leishmania infantum*.

Elle se caractérise par l'installation progressive d'une tricytopénie associant anémie, leuconeutropénie et thrombocytopénie et d'un syndrome inflammatoire important. Il faut exclure les diagnostics différentiels : hémopathies malignes, splénomégalies fébriles infectieuses (paludisme, salmonellose, brucellose, viroses, tuberculose). L'évolution est fatale en l'absence de prise en charge.

La sérologie, avec recherche d'anticorps spécifiques par immunofluorescence, est la méthode diagnostique la plus utilisée. Sa positivité est un argument d'orientation majeur chez le patient immunocompétent (mais inefficace chez l'immunodéprimé).

L'immunofluorescence indirecte sur promastigotes de culture est de plus en plus supplantée par les tests Elisa, dont la spécificité et la sensibilité varient selon les antigènes utilisés. Le *western blot*, très sensible et spécifique, permet de différencier les sujets malades et les porteurs asymptomatiques (réalisé au sein de laboratoires spécialisés).

Toutefois, le diagnostic de certitude repose sur la visualisation des parasites. La recherche s'effectue classiquement sur un prélèvement de moelle osseuse (leishmanies sous forme amastigote, à l'intérieur ou autour des cellules histio-monocytaires, d'aspect arrondi ou ovalaire, de 2 à 4 µm de diamètre), et une mise en culture en milieu spécifique. D'autres sites peuvent être prélevés, tels que la rate. Le diagnostic moléculaire, fondé sur la détection et l'analyse de l'ADN du parasite dans le sang ou la moelle osseuse, est utile pour le suivi post-thérapeutique et pour l'étude des sujets porteurs asymptomatiques. Très sensible, il est trop coûteux pour une utilisation en routine. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Faucher B, Piarroux P. Actualités sur les leishmanioses viscérales. Rev Med Interne 2011;32:544-51.

– Rhajaoui M. Les leishmanioses humaines au Maroc : une diversité nosogéographique. Pathol Biol (Paris) 2011;59:226-9.

* Service d'hématologie biologique, ** service de pédiatrie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Détatouage : tout effacer ?

Par **Catherine Grognard,** dermatologue, 98800 Nouméa.

Lasers pigmentaires

Gold standard depuis le milieu des années 90.
Procédé : fragmentation des pigments inclus dans les fibroblastes dermiques par le tir laser, qui les dissémine dans l'espace intercellulaire où ils sont éliminés par les macrophages.
Lasers spécifiques déclenchés ou « Q-switched » : émettant des impulsions très courtes (exprimées en nanosecondes) et extrêmement puissantes, ils permettent une destruction mécanique photo-acoustique (et non thermique) de la cible (pas de brûlure cutanée). Plus le temps d'émission est court, plus l'effet est explosif et spécifique.
Deux types : l'Alexandrite (755 nm) ou le Nd-YAG doublé en fréquence avec ses 2 longueurs d'onde (532 nm et 1 064 nm).
Limites : longueur et coût du traitement, résistance chimique de certaines couleurs et physique de certains mélanges.
Tatouages amateurs (et la plupart des rituels) : les plus simples à effacer (pigments à base de carbone).

Spécificités[1-2]

Douleur : les extrémités des membres, du décolleté et du cou, plus sensibles, nécessitent une parfaite prise en charge antalgique.
Information du patient : sur le traitement (le prévenir qu'il sera long et difficile pour les tatouages du membre inférieur et notamment les chevilles, et ceux au niveau des zones de plis).

La pratique du détatouage existe depuis l'Antiquité[1] et les recettes sont variées, allant de la poudre de cantharides (espèce de mouche) au mélange d'ail écrasé et de fiente de pigeon ou de figues blanches et pissenlits, au repiquage avec du lait de femme fermenté, voire de la soude caustique… La salabrasion connue des marins puis les techniques médicochirurgicales de brûlures par électrocoagulation ou à l'azote liquide, la dermabrasion mécanique, ont fait place à la chirurgie d'exérèse, jusqu'à l'avènement des lasers pigmentaires qui a révolutionné cette pratique.



Fig. 1 – Détatouage : avant (a) et après (b).



Fig. 2 – Certaines couleurs (vert et bleu turquoise) résistent à l'exérèse laser.

Densité du pigment :
– dans les tatouages professionnels (faits à la machine), l'emploi de différents peignes constitués d'un nombre variable d'aiguilles permet de varier la densité du pigment (en raison de l'automatisation, insertion toujours à la même profondeur dans le derme moyen) ;
– afin de maintenir l'éclat dans les temps (les anciens tatouages professionnels, moins chargés, avaient tendance à pâlir), les pigments

sont aujourd'hui inclus en grande quantité (la masse insérée soulève souvent la surface de la peau) et des laques sont parfois ajoutées (très difficiles à fragmenter par le laser) → nombre accru de séances pour éliminer la totalité du pigment, risquant d'induire une cicatrice.

Taille et nature du pigment :

- **dans les tatouages accidentels,** les grains de silice (gravillons) peuvent être difficiles à exploser en raison de leur taille ;
- inclusions de poudre à canon : attention au choix de la fluence afin d'éviter une micro-explosion (risque de cicatrices) ;
- pour un résultat optimal, la prise en charge de l'ensemble de la lésion accidentelle nécessite souvent l'association à d'autres techniques laser ou de dermatologie esthétique.

Couleur du pigment :

- certaines sont plus difficiles, voire impossibles à éliminer, comme le vert et le bleu turquoise (tandis que le rouge s'efface facilement) ; [fig. 1 et 2] ;
- avant de proposer un traitement, il faut informer le patient du risque de couleurs résiduelles.

Gestion des pansements :

- le traitement provoque des croûtes pouvant entraîner des remaniements cicatriciels ;
- pansements humides et occlusifs : indispensables pour une bonne qualité de cicatrisation.

Cas particuliers

Tatouages médicaux :

- en général, ils ne posent pas de problème technique ;
- dans un cadre médicolégal, il faut obtenir l'autorisation des autres équipes médicales, en particulier pour les points de repère de la radiothérapie.

Tatouage esthétique ou maquillage permanent :

- la plupart des encres utilisées sont à base d'oxyde de fer, très résistantes au traitement laser ;
- ils peuvent changer de couleur sous l'effet du laser : l'émission de chaleur brutale chauffe les oxydes de fer et entraîne une réaction d'oxydo-réduction responsable du virage de couleur du rouge au noir (fig. 3a) et du marron au vert pomme[3-4] (fig. 3b) qui persiste entre les séances successives avant de s'atténuer progressivement ;
- faire un test préalable au laser : si la couleur vire, stratégie décidée avec le patient (arrêter tout traitement ? laser QS malgré les risques ? laser ablatif ?)



Fig. 3 – Maquillage permanent : le tatouage des lèvres a viré au noir (a) et celui des sourcils au vert (b) sous l'effet du laser.

Autres techniques

Chirurgie :

- globalement abandonnée (notamment exérèse greffe) ;
- certaines exérèses sutures bien orientées gardent une place, en 1re intention, en cas de tatouages de petite taille (sur des zones de laxité adéquates) ou traumatiques.

Punch biopsie :

- proposée pour les points de tatouages de radiothérapie (avantage d'une excision *in toto* en un seul temps opératoire au prix d'une cicatrice cosmétiquement acceptable) ;
- pas indiquée dans les tatouages de plus grande taille (2 temps opératoires et risque plus élevé de séquelles cicatricielles). ●

RÉFÉRENCES

1. Fusade T. Techniques de détatouage. Ann Dermatol Venereol. 2003;130:1164-9.
2. Kluger N. Le détatouage à l'aube du 20e siècle. Ann Dermatol Venereol 2010;137:582-4.
3. Bäumler W. Chemical analysis of different pigments shows great variations in composition of elements as well as shape and size of the particles. LSM 2000;26:13-21.
4. Jimenez G, Weiss E, Spencer JM. Multiple color changes following 651 laser therapy of cosmetic tattoos. Dermatol Surg 2002;28:177-9.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.



Tribune libre

Par **Brigitte Séradour***

Pour ou contre le dépistage du cancer du sein ?

Depuis 2001, date de la première publication de la *Cochrane Collaboration*, de nombreuses controverses ont été publiées sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein par mammographie. La polémique est relancée au moins chaque année en France lorsque l'État communique sur l'intérêt du dépistage organisé. Est-il possible aujourd'hui d'être pour ou contre le dépistage ?

Onze essais randomisés ont été réalisés entre 1966 et 1985. La réduction relative du risque de décès par cancer du sein a été évaluée à environ 30 %. Parmi eux, l'essai canadien ne montrait pas de diminution de la mortalité. Il a été fortement critiqué sur le plan méthodologique : défaut dans la randomisation et qualité médiocre des images. De nouveaux chiffres sur les résultats négatifs de cet essai avec 25 ans de recul ont été publiés en 2014 et ont relancé le débat.

Les chiffres peuvent surtout être interprétés diversement. Gotzsche, *et al.*, par exemple, ne retiennent que 3 essais pour leur qualité et obtiennent une baisse de 10 % à 20 %.[1] Les divergences s'expliquent aussi en partie car l'âge à l'inclusion dans les essais n'est pas toujours précisé (entre 39 et 70 ans). La réduction du risque varie de 18 % entre 50 et 59 ans à 32 % après 60 ans. Une autre source de divergence vient des résultats qui ne sont pas explicités en fonction de la participation : on peut mesurer le risque de décès pour les femmes invitées ou pour les participantes. La diminution peut être 2 fois supérieure dans le groupe « participantes » qui intéresse surtout les patientes.

Par la suite, de nombreuses études observationnelles et des études cas-témoins ont estimé pour l'Europe la réduction de mortalité par le dépistage de 25 à 31 % chez les invitées et de 38 à 48 % chez les participantes.[2, 3]

Enfin, si l'on veut traduire la baisse relative de mortalité en réduction absolue, les chiffres deviennent trop faibles pour servir d'indicateur, le risque de mourir d'un cancer du sein en France après 50 ans n'étant que de 2 % environ.

Au total, les chiffres concernant l'impact du dépistage sur la mortalité sont très divergents, depuis une vie sauvée pour 2 000 femmes invitées pendant 10 ans[1] à une vie sauvée pour 400 femmes participantes tous les 2 ans dans le programme anglais. Les querelles méthodologiques ne sont pas compréhensibles pour le public et les femmes, d'autant plus que les essais randomisés ont plus de 30 ans, que les technologies ont beaucoup évolué et que les progrès thérapeutiques ont été considérables. Il faut aussi plus de 10 ans pour mesurer les effets du dépistage sur la mortalité.

Après les polémiques sur son impact bénéfique, ses inconvénients ont surtout été mis en avant ces dernières années, principalement les faux positifs, le surdiagnostic et le surtraitement.

Les faux positifs induisent des examens complémentaires en excès, source d'anxiété : échographies, ponctions, IRM, puis des chirurgies pour lésions bénignes. Le surdiagnostic est lié à la découverte de cancers qui n'auraient pas été symptomatiques du vivant de la femme. Inhérent à tout dépistage, il entraîne le surtraitement de lésions non agressives : chirurgies, radiothérapies, et même chimiothérapies inutiles. Les nouvelles technologies ont amélioré la sensibilité du dépistage mais elles ont détecté aussi plus de cancers *in situ* et de lésions « frontières » sur des microcalcifications. Or il n'existe pas actuellement de test biologique permettant de savoir quel cancer *in situ* ou encore micro-invasif évoluera très lentement ou pas du tout. Toutes les lésions néoplasiques sont traitées. Le vrai sujet est de prendre en charge sans excès ces cas de bon pronostic.

> « Les querelles méthodologiques ne sont pas compréhensibles pour le public et les femmes. »

Les chiffres avancés pour le surdiagnostic vont de 0 à 57 %. Dans les publications récentes, pour le groupe EUROSCREEN, il est estimé entre 1 et 10 %, 2 décès sont évités pour 1 surdiagnostic.[4] Pour l'étude anglaise de Marmott, il est estimé à 19 %, c'est 1 décès évité pour 3 surdiagnostics.[5]

* Ancienne présidente de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire ; coordinatrice du dépistage dans les Bouches du Rhône.

En France, comme en Europe, on estime le niveau de surdiagnostic après 50 ans à moins de 10 %. Les pratiques françaises, évaluées dans le programme organisé, montrent des faux positifs inférieurs à 10 % des dépistages, des biopsies chirurgicales bénignes seulement chez 0,2 % des dépistées, 15 % de cancers *in situ* détectés. Cela est très nettement inférieur aux chiffres recueillis aux États-Unis. De même, en France, il n'y a pas eu d'augmentation des mastectomies après 50 ans.

En résumé, mesurer le surdiagnostic est fort complexe, cela demande un très long suivi. Les divergences sur la balance bénéfice-risque du dépistage sont aussi souvent liées à l'absence de précision sur l'âge (40-49 ans, 50-59 ans, plus de 60 ans), sur le rythme et sur le taux de participation.

Comment mesurer la part du dépistage et celle du traitement dans la baisse de mortalité obtenue ? Le dépistage a été mis en place en Europe dès les années 80-90, mais en 30 ans les progrès thérapeutiques ont modifié largement la prise en charge : amélioration des techniques chirurgicales, radiothérapies ciblées, hormonothérapies, chimiothérapies. Les deux actions sont complémentaires : détection d'un cancer de petite taille et traitement plus actif et moins lourd de cette lésion. Il n'est pas possible de préciser quelle est la part exacte de l'un et de l'autre.

La polémique anti-dépistage s'appuie sur le fait qu'un cancer peut être actuellement traité avec succès, même s'il n'est pas détecté très tôt. Traiter uniquement les lésions symptomatiques éviterait le surdiagnostic, mais les moyens utilisés seraient beaucoup plus lourds et les chances de survie inférieures.

D'autres inconvénients n'ont pas été développés, les faux négatifs (1,5 ‰ cancers d'intervalle en 2 ans en France) et les cancers radio-induits. Les risques liés à l'irradiation sont faibles, en fonction des bénéfices attendus, si les femmes ont des dépistages tous les 2 ans à partir de 50 ans (risque de décès augmenté sur la vie de 0,03 % par une mammographie annuelle de 40 à 80 ans d'après Hendrick en 2010).

Enfin, les polémiques ont particulièrement insisté sur le manque d'information claire diffusée aux femmes invitées. Les inconvénients et les bénéfices doivent être mieux expliqués. Le choix éclairé de participer au dépistage peut être aidé par des documents, mais les femmes attendent surtout des conseils de leur médecin traitant car les querelles de chiffres ne sont pas intelligibles.

Dans cette polémique « pour ou contre le dépistage », il ne faut pas occulter que les bénéfices indirects de sa mise en place ont été considérables.

Tout d'abord, la qualité des examens radiologiques, la surveillance obligatoire des appareils, la deuxième lecture, ont transformé la pratique de la mammographie. La formation des radiologues et des manipulateurs est devenue obligatoire.

Les résultats du programme organisé sont régulièrement évalués. Le dépistage n'est pas parfait, mais ses bénéfices restent supérieurs à ses inconvénients. Le dépistage organisé offre plus de garanties par la surveillance de sa qualité et la deuxième lecture.

Être contre le dépistage, c'est n'avoir rien à proposer hormis l'auto-examen, et c'est revenir aux cancers avancés au pronostic défavorable d'il y a 30 ou 40 ans.

Il semble improbable que les détracteurs et les partisans du dépistage du cancer du sein arrivent à dépassionner ce débat, où tous veulent « sauver les seins des femmes ». ●

L'essentiel

- ➜ **Le dépistage par mammographie** a permis une diminution du risque de décès par cancer du sein de plus de 30 % chez les femmes participantes d'après les synthèses des essais.
- ➜ **Le dépistage radiologique** offre plus de bénéfices que de risques pour les femmes de 50 à 74 ans invitées dans le programme.
- ➜ **Il n'est pas possible de connaître** la part exacte du dépistage et celle du traitement dans la baisse de mortalité par cancer du sein observée depuis 20 ans.

RÉFÉRENCES

1. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6:CD001877.

2. Broeders M, Moss S, Nyström L, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. J Med Screen 2012;19(S1):14-25.

3. Moss SM, Nyström L, Jonsson H, et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of trend studies. J Med Screen 2012; 19(S1):26-32.

4. Paci E; EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen 2012;19(S1):5-13.

5. Marmott MG, Altman DG, Cameron DA, et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet 2012;380:1778-86.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.


S. Cannasse

SOMMAIRE

Par **Jérôme Pellerin, Philippe Delmaire**
Service de psychiatrie des personnes âgées, hôpital Charles-Foix, 94100 Ivry-sur-Seine.
jerome.pellerin@cfx.aphp.fr

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DU SUJET ÂGÉ

Atypies sémiologiques, prise en charge.

Les tableaux psychiatriques des personnes âgées sont très variés. Cette diversité est due à la multiplicité des motifs de souffrance psychique, la variabilité des univers sociaux ou affectifs et la singularité de chaque histoire. Les fonctions cérébrales étant plus facilement altérées, les cadres nosographiques habituels sont souvent insuffisants pour décrire l'ensemble des perturbations psychiques des vieillards.

Quelques repères sont à poser d'emblée :

– la dépression répond inconstamment aux antidépresseurs utilisés seuls et peu de travaux scientifiques évaluent l'apport d'un traitement psychotrope à cet âge ;
– l'anxiété des personnes âgées sert souvent à contenir une angoisse plus profonde sur le sens de la vie et sur ce qui pourra subsister de sa propre existence ;
– enfin, les aménagements psychiques trouvés par les individus pour supporter leurs vicissitudes ou celles de leur entourage se trouvent confrontés aux nouveaux rapports de force qui s'instaurent avec les proches.

PLAINTE PUREMENT SOMATIQUE

Cache-t-elle une douleur morale ?
Le médecin généraliste peut soupçonner un trouble psychique devant des plaintes erratiques ou très rebelles à toute forme de traitement adapté. Cependant, la prise en charge est difficile car le patient n'est pas prêt à admettre qu'il éprouve une souffrance morale.

En l'absence d'antécédent psychiatrique, il convient d'évoquer cette possibilité en sachant que les sujets âgés attribuent tous leurs symptômes au vieillissement, qu'elles sont peu habituées à reconnaître ce type de fragilité et que la prise d'un psychotrope peut les inquiéter. Il faut expliquer que la douleur morale n'est pas le signe d'une faiblesse, qu'elle peut au contraire témoigner des efforts accomplis pour dépasser des soucis et que c'est son retentissement physiologique qui est pris en charge.

Si le patient a connu plusieurs épisodes psychiatriques, il faut d'abord écouter la plainte avec empathie. S'il manifeste une lassitude car il

a vécu des échecs thérapeutiques, il est utile de l'encourager à poursuivre les soins et à garder confiance en lui et dans les personnes qui s'occupent de lui. En se défendant de tout sentiment négatif, il faut éviter de s'associer à la plainte du patient et de lui témoigner la défiance que l'on peut éprouver au sujet de tel ou tel intervenant spécialisé. Le mieux est d'indiquer ses propres limites avec simplicité. Toute forme de sollicitude et d'écoute positive et paisible est toujours utile même si le patient ne semble pas en tirer profit. La douleur morale l'empêche parfois d'imaginer qu'il peut se débarrasser d'un sentiment négatif.

Devant des sujets demandeurs en permanence et ne montrant aucune gratitude envers leur médecin, il est difficile de « métaboliser » ses propres ressentis, parfois assez agressifs. Un soutien peut être trouvé grâce aux groupes de type Balint.

Les patients hypocondriaques se singularisent par leur nomadisme médical et par leur tendance répétitive à rechercher, sans succès, une origine à leurs troubles.

Ces personnes alertent régulièrement leur médecin généraliste en exprimant leur lassitude de ne pas trouver un remède à leur gêne ou en leur cachant (tout en leur montrant) la liste des spécialistes consultés.

Bien qu'il soit difficile de comprendre ces démarches, la position du praticien doit être claire : reconnaître que la gêne est importante et invalidante, souligner ses propres limites en insistant sur l'idée que la cause de tels troubles est toujours multifactorielle. Autrement dit, témoigner de son incapacité à connaître avec certitude l'origine de toute chose.

1. Éléments sémiologiques caractéristiques d'une dépression du sujêt âgé

- ✓ Fréquence de la comorbidité somatique, des douleurs physiques et de la perte d'autonomie.
- ✓ Fréquence d'une polymédication préalable, notamment par anxiolytiques.
- ✓ Moindre expression des émotions pouvant aller jusqu'au déni des signes dépressifs.
- ✓ Sentiments de désespoir prégnant et résistant plutôt qu'un ressenti de culpabilité.
- ✓ Repli sur soi et perte des contacts sociaux pouvant aller jusqu'à un isolement extrême.
- ✓ Présentations particulières : hostile ; avec syndrome dysexécutif ; accompagnée de troubles persécutifs.
- ✓ Risque de suicide abouti important, encore majoré en cas d'intoxication alcoolique.

QUAND ÉVOQUER UNE DÉPRESSION ?

Diagnostiquer une dépression chez une personne très âgée ayant une autonomie réduite est difficile car le tableau clinique n'est pas typique. À cette période de la vie, le ralentissement psychomoteur est très fréquent et la tristesse apparaît spontanément. Elle correspond à une réaction naturelle aux pertes accompagnant l'avancée en âge : des proches, des capacités et de la liberté d'aller et venir, des modalités relationnelles établies depuis longtemps avec l'environnement social. Dans un tel contexte, comme lors d'un deuil, la tristesse accompagne ce passage vers autre chose, vers ce temps où le goût de la vie sera de nouveau accessible. Parfois les pertes se succèdent avec un rythme trop rapide et il peut s'installer ce qui s'apparente à un vécu de catastrophe, confinant la personne dans un état de prostration ou de réduction massive des activités. Cet état doit faire rechercher une dépression.

Souvent, le signe d'alerte est une altération brutale du fonctionnement physique et en particulier :

- comportements alimentaires : perte de l'appétit, dégoût pour la nourriture, désintérêt pour les repas notamment collectifs, manque d'entrain pour faire des courses ou diversifier son alimentation. Il en résulte un amaigrissement, parfois des troubles cutanés et une sensibilité accrue à toute pathologie ;
- sommeil : s'installent des difficultés d'endormissement, des réveils précoces ou itératifs, des cauchemars très envahissants. Conséquences : fatigue importante, irritabilité et restriction des activités habituelles.

Lorsque ces deux dimensions sont altérées, des troubles de la libido peuvent apparaître chez l'adulte jeune. Ce n'est pas le cas chez les vieillards, souvent seuls et sans partenaire, vivant leur sexualité avec une certaine culpabilité et une image du corps dégradée (surtout dans un contexte dépressif). Toutefois, d'autres formes d'excitation surviennent, notamment des douleurs rebelles ou une inquiétude diffuse.

Le diagnostic de dépression repose sur des éléments anamnestiques. On recherche, outre ce fléchissement physique brutal, des antécédents dépressifs ou un fonctionnement psychique fragile (tempérament rigide et excessif ou personnalité mal assurée). Dans ce cas, la mise en route d'un traitement antidépresseur adapté est une urgence. Toutefois, il est peu efficace s'il est donné seul. Un soutien régulier par une auxiliaire de vie ou le portage des repas doit également être proposé.

En l'absence de ce terrain prédisposant, on recherche un vécu d'allure traumatique, et en particulier des pertes importantes, qui se sont succédé rapidement. Ce vécu doit être reconnu comme fragilisant.

2. Prévention des actes suicidaires des personnes âgées[1]

- Le suicide est en général précédé d'une phase dite de « crise suicidaire », au cours de laquelle surgissent les idées morbides et le sentiment qu'il est impossible de continuer de vivre.
- Les principaux facteurs de risque à rechercher sont alors le vécu d'isolement, la dépression (surtout si associée à des conduites addictives) et le tempérament impulsif. Les situations de rupture (déménagement, deuil, découverte d'une maladie grave…) sont favorisantes. La bonne santé physique et psychique ainsi que le soutien social jouent un rôle protecteur fort.
- L'entourage d'une personne qui a commis un suicide doit bénéficier d'un accompagnement attentif et empathique.
- Les interventions de prévention se situent à 3 niveaux :
  – repérer et réduire les facteurs de risque/renforcer les facteurs protecteurs ;
  – prendre en charge la crise suicidaire (accueil et suivi) ;
  – accompagner et suivre les suicidaires et les endeuillés (postvention).

APPRÉCIER LE RISQUE SUICIDAIRE

Aujourd'hui, près de 30 % des suicides survenus en France concernent des personnes âgées de plus 65 ans. Ce chiffre (parmi les plus élevés au monde) est probablement sous-estimé en raison de certaines réticences à signaler les décès pour cette cause : volonté de la famille, crainte de stigmatisation, incertitude sur la nature du geste.
De multiples éléments psychosociaux sont incriminés (isolement, précarité, perte de l'autonomie) comme favorisant les conduites suicidaires. Cependant, les facteurs de vulnérabilité spécifiques à cette population sont encore mal connus.
Parmi les personnes âgées souffrant de dépression, les plus fragiles sont celles qui ont des troubles psychiatriques bien identifiés et notamment une dépression ancienne, surtout si associés à une intoxication alcoolique (ou un antécédent), et s'il existe une propension à l'impulsivité, l'agressivité ou la violence. Dans ces situations, il est légitime de rechercher la force de l'intentionnalité suicidaire en questionnant la personne avec tact. Un rapport récent[1] consacré à la prévention du suicide chez les personnes âgées insiste sur la nécessité d'apprécier le caractère urgent des idées suicidaires, en interrogeant le patient sur leur fréquence, leur durée, les éléments dissuasifs employés pour s'empêcher de passer à l'acte et les modalités envisagées pour le geste (encadré 2). Cette recherche est d'autant plus importante qu'il existe des antécédents personnels et familiaux de gestes auto-agressifs, car les comportements suicidaires sont plus fréquents dans les familles qui ont connu un suicide (l'acte s'inscrirait comme une répétition signant une appartenance identitaire). Pour aider le patient à s'extraire de cette fatalité, le médecin généraliste peut rappeler qu'une culpabilité excessive est inutile et que la condition humaine expose toujours à une certaine solitude.
Le praticien, qui connaît souvent l'histoire de son patient, peut craindre que l'évocation d'un geste suicidaire soit un facteur déclenchant l'acte. Il est pourtant important d'écouter son patient, de s'inquiéter de son malaise ou de sa désespérance avec beaucoup de gravité et de se souvenir que les idées suicidaires lui font peur.
D'autres facteurs sont identifiés comme « à risque » : pertes parentales précoces, traumatismes et abus durant l'enfance, inquiétude sur l'avenir et sur les effets économiques d'une éventuelle maladie pour l'entourage. L'attention pour ces aspects intimes est importante et le patient y trouve des gages de confiance et de réassurance.
Bien que les études n'aient pas pu établir un rapport de causalité entre la prescription d'antidépresseurs et la prévention du suicide, l'accès et l'observance à un traitement a été corrélée à une diminution des décès par cette cause.

DÉMENCE OU DÉPRESSION ?

Le fait qu'une dépression puisse provoquer des troubles cognitifs a été suggéré il y a plus de 30 ans (on parlait de « pseudo-démence »). Des antidépresseurs étaient donc prescrits à chaque fois que surgissait un fléchissement intellectuel brutal : c'était un traitement d'épreuve pouvant aller jusqu'à la sismothérapie (électrochocs). Aujourd'hui, cette démarche n'est plus la règle. Elle ne peut être effectuée que par des praticiens expérimentés sachant repérer un déséquilibre thymique spécifique.
Plus souvent, on assiste à l'émergence d'un syndrome démentiel qui combine un tableau de pertes successives avec une confiance ambivalente envers l'entourage et les soins apportés. Cela conduit le patient à préférer manifester

d'une manière quasiment corporelle l'apparition de son fléchissement cognitif : les troubles démentiels sont littéralement occultés par des symptômes physiques (refus alimentaire, troubles du sommeil, repli important). Ces situations doivent être considérées avec discernement et le diagnostic de syndrome démentiel peut être annoncé plus tard, au moment où l'entourage paraît capable de l'entendre et d'y faire face.

Ce qui complique la prise en charge c'est que cette symptomatologie bruyante contraste avec l'efficacité très relative des médicaments. Il est souvent nécessaire de proposer des aides au quotidien, si possible : passage d'une infirmière, soutien par une équipe spécialisée de type MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration Alzheimer)… L'orientation vers des structures de soin ambulatoire de type accueil, voire hôpital de jour apporte un bénéfice certain mais onéreux.

Enfin, on observe fréquemment des moments dépressifs dans l'évolution des tableaux démentiels. Ceux-ci peuvent prendre des aspects assez habituels, avec une altération moins marquée des activités fondamentales (manger, dormir, se tenir éveillé au monde) associée à un ralentissement et à une tristesse envahissante. Ils peuvent aussi se manifester par des anomalies plus ciblées du comportement et donner lieu, par exemple, à une incurie accompagnée d'un retrait presque complet, mais non apathique (il reste souvent une ou deux activités très stéréotypées isolées). Dans d'autres cas, ils prennent la forme d'une irascibilité imprévisible, qui confine davantage la personne dans des attitudes d'isolement social. Le soin de ces patients repose sur un traitement antidépresseur bien conduit (tableau, encadré 3).

TABLEAU ORIENTATION DIAGNOSTIQUE FACE À UN DÉLIRE CHEZ UN SUJET ÂGÉ

Ancienneté du délire	Principale symptomatologie	Autres éléments	Diagnostic
Aiguë	Hallucinations visuelles Onirisme	Désorientation, obnubilation, perplexité	Confusion mentale
Aiguë	Syndrome persécutif, idées négatives	Désintérêt, tristesse, changement de caractère	Dépression délirante
Chronique	Hallucinations auditives et automatisme mental	Solitude, Personnalité séductrice	Psychose hallucinatoire chronique
Chronique	Hallucinations, délire imaginatif, hermétisme	Comportement étrange, repli, mauvaise insertion	Psychose schizophrénique
Chronique	Délire interprétatif bien construit	Personnalité rigide Conflits familiaux	Psychose paranoïaque
Labile	Hallucinations visuelles	Syndrome parkinsonien, chutes, altération cognitive	Maladie des corps de Lewy
Labile	Syndrome persécutif mal construit	Oubli à mesure, conduites bruyantes, personnalité narcissique	Maladie d'Alzheimer

TROUBLES DÉLIRANTS

Ce sont des patients difficiles. Les idées délirantes sont des convictions inébranlables et il est impossible d'y opposer des arguments rationnels. De plus, elles confinent souvent la personne dans un isolement, voire dans un sentiment de persécution. Toute forme de soutien expose donc au risque d'être considéré comme « un persécuteur ». Enfin, le délire a tendance à susciter des réponses radicales chez les médecins, visant à faire cesser sa production au plus vite ou à désigner la personne comme « folle ». Il est donc important de raisonner progressivement pour établir un diagnostic, mettre éventuellement en route un traitement adapté et une stratégie de soins.

Plusieurs éléments du délire doivent êtres explorés : son caractère (récent ?), sa tonalité principale, la nature des symptômes psychiatriques associés et l'état cognitif.

Un délire aigu doit alerter car il peut témoigner d'une défaillance organique. Dans ce cas, on observe souvent une confusion mentale qui associe une perplexité face au délire, une persévération et une obnubilation marquées ainsi qu'une grande anxiété. Le délire est le plus souvent accompagné d'hallucinations ; si elles sont purement visuelles, le caractère organique est pratiquement certain.

Si la dimension délirante, bien qu'aiguë, est plus persécutive et mêle des éléments thymiques avec un repli triste et un désintérêt, le diagnostic à évoquer est celui de dépression délirante. Il convient alors de rechercher des antécédents psychiatriques car elle survient exceptionnellement *de novo* chez une personne âgée.

En cas de délire chronique, le patient produit un discours construit : il sait justifier ses propos et il peut donner des réponses à toute contradiction. Le caractère principalement hallucinatoire oriente vers une psychose hallucinatoire chronique (PHC) : une production imaginaire qui intéresse souvent des personnes isolées, avec une personnalité plutôt séductrice et un besoin de reconnaissance excessif. Le vieillissement impose de renoncer à une certaine représentation de soi. Des sujets qui comptent trop sur l'image qu'ils croient donner aux autres, peuvent inventer un public ou un cercle d'admirateurs parfaitement fictif. C'est cette ou ces personnes qui produisent des sons, des voix, des injonctions et qui attestent ainsi que le sujet est encore bien entouré et qu'il compte.

Il existe des productions délirantes qui évoquent un sentiment de persécution par les attitudes de retrait ou de revendication qu'elles occasionnent. Elles peuvent être facilement rattachées à une psychose schizophrénique vieillie, lorsqu'il existe des antécédents psychiatriques très anciens, avec des séjours en établissement spécialisé, des difficultés professionnelles et des attitudes très

originales. Lorsque la psychose se décompense tardivement, tandis que l'on retrouve une bonne insertion professionnelle passée et un soutien familial de qualité, c'est la disparition de ces liens ou leur effritement qui sont en cause. Il est alors très compliqué d'expliquer à l'entourage la situation et la gravité du tableau, notamment lorsque les proches sont enclins à se sentir coupables de ces troubles ou, dans un excès inverse, à accuser la personne délirante d'être la cause de leur mal de vivre.

Les états délirants chroniques tardifs peuvent aussi être l'aboutissement d'un vécu paranoïaque ancien, qui se manifeste par des exigences toujours démesurées et par des rapports de force permanents au domicile ou en institution. Dans ce cas, le recours à un placement sous contrainte (si les troubles sont graves), et l'appui sur un tiers compétent, par exemple une équipe ambulatoire, peuvent être envisagés.

Enfin, un syndrome délirant peut témoigner de l'émergence d'un syndrome démentiel. Il se caractérise alors par un discours répétitif avec des oublis à mesure, des justifications irrationnelles, des incapacités à reconnaître des interlocuteurs pourtant bien connus…

3. Quel antidépresseur choisir ?

Citalopram, escitalopram et sertraline : figurent parmi les ISRS de choix chez le sujet âgé en raison de leur demi-vie courte et de leur faible potentiel d'interactions médicamenteuses. Leur efficacité antidépressive n'est pas supérieure aux autres produits.

Fluoxétine : cette molécule et son principal métabolite ont une demi-vie très longue et un effet inhibiteur puissant du cytochrome P450. Son effet stimulant peut être recherché à condition de proposer des doses très espacées (1 comprimé tous les 4 à 8 jours, par exemple).

Duloxétine : pas plus efficace que les autres antidépresseurs, elle est associée à un risque hépatique.

Paroxétine : risque d'un syndrome extrapyramidal ou de sevrage et fréquentes interactions médicamenteuses (effet inhibiteur puissant du cytochrome P450). Elle pourrait avoir un effet anxiolytique plus significatif que les précédents.

Venlafaxine : peut être utile en cas d'apathie importante et de baisse de l'élan vital. Sa toxicité cardiaque impose un suivi clinique et électrocardiographique.

Mirtazapine : préconisée en cas de troubles anxieux marqués ou de difficultés d'endormissement.

ANXIÉTÉ : IDENTIFIER ET TRAITER

Une personne âgée exprime parfois son angoisse, mais souvent elle consulte pour des plaintes somatiques (douleurs, insomnie, sensation d'oppression…), des inquiétudes sur sa capacité à être en contact avec ses proches (irritabilité) ou des difficultés attentionnelles.

Dans d'autres cas, c'est l'entourage qui évoque une majoration de la dépendance, une demande d'aide impossible à satisfaire ou une réclusion dans des attitudes stéréotypées.

Un bon élément orientant le diagnostic est la mise en évidence d'une certaine anxiété chez les proches (elle est toujours contagieuse, au point de gagner parfois le praticien lui-même !). Un syndrome dépressif et l'aggravation ou la survenue d'une comorbidité peuvent induire une décompensation et doivent être recherchés. Même si les personnes affirment avoir un terrain anxieux ou inquiet « depuis toujours », l'ancienneté des troubles actuels doit être précisée. Parfois, il est impossible de retrouver un facteur déclenchant, notamment parce que celui-ci met en cause un tiers et génère une certaine culpabilité ou en raison de la nature propre à l'angoisse qui est « une peur sans objet ». Pourtant, la possibilité pour la personne d'expliciter les raisons qu'elle pense être à l'origine de son angoisse exerce toujours un certain apaisement.

Le médecin doit se montrer calme et rassurant, avec un certain degré d'empathie et un désir d'améliorer la situation. Il évalue d'emblée le degré de disponibilité de l'entourage et formule quelques recommandations immédiates : favoriser des soutiens repérables en intensifiant les interactions (contacts téléphoniques, visites), qui doivent être régulières et facilement prévisibles par la personne âgée. Rien ne sert d'augmenter le lien si l'accompagnement est assujetti à la disposibilité des aidants. Il vaut mieux voir peu son parent mais de façon parfaitement définie. L'anxiété se majore lorsqu'un sentiment de dépendance surgit.

Lorsque le symptôme anxieux est particulièrement invalidant (et après avoir réalisé un bilan somatique), un traitement de courte durée par une benzodiazépine peut être envisagé, à condition qu'il soit bien expliqué et qu'on s'assure constamment que la balance bénéfices/risques est favorable. Cette prescription doit respecter les règles suivantes : posologie la plus faible possible et bien répartie sur tout le nycthémère, réévaluation régulière, explications du risque d'accoutumance et d'addiction.

Si les troubles sont chroniques, on oriente le patient vers une prise en charge spécifique : psychologue intéressé par cette pathologie, unité spécialisée dans la mise en œuvre de thérapies spécifiques (TCC) ou dispositif ouvert (au sein de centres médico-psychologiques, CMP). Certains sérotoninergiques sont efficaces.

Les attaques de panique, le stress post-traumatique et les troubles compulsifs peuvent avoir un retentissement considérable. Ils posent la question des réponses thérapeutiques possibles, en

sachant que toute forme de déclin cognitif aggrave et réactualise ces troubles anciens. Le plus souvent, ils conduisent à une institutionnalisation qui se déroule plus ou moins bien.

TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION

Comment prescrire ?

La mise en route d'un traitement doit être expliquée au patient et à son entourage. Il peut être très utile d'identifier un symptôme cible et de préciser que l'évolution de celui-ci servira de critère principal pour évaluer l'efficacité. Le bien-être général de la personne est obtenu assez rarement, mais il est important de repérer spécifiquement l'amélioration du sommeil ou de l'appétit, la reprise d'activités ou la disparition d'une irascibilité.

Comme chez l'adulte plus jeune, la prescription d'antidépresseur suit certaines règles : respect des contre-indications, surveillance des effets indésirables, prise en compte des comorbidités, de l'état général et des effets latéraux spécifiques de chaque médicament :

– éviter les tricycliques à cause de leurs effets anticholinergiques importants et du risque de constipation, de rétention urinaire et de confusion ;
– choisir les molécules ayant l'effet anxiolytique le plus marqué lorsque l'anxiété est importante (paroxetine) ;
– préférer des produits faiblement stimulants ou peu sédatifs (citalopram). Toutes les molécules de la catégorie des ISRS sont associées à un risque significatif d'hyponatrémie (devant tout syndrome confusionnel, pratiquer un ionogramme).

Pour combien de temps ?

La durée de prescription doit être suffisamment longue (jamais inférieure à 6 mois), en commençant par une posologie réduite qui peut être augmentée, en l'absence de contre-indication, jusqu'à des doses similaires à celles utilisées chez les sujets plus jeunes.

En l'absence d'amélioration du symptôme cible après 6 à 8 semaines de traitement, ce dernier doit être modifié. En cas d'échec, un avis spécialisé est envisagé. Le praticien devrait se doter d'un réseau de spécialistes compétents. Un traitement adapté et efficace de la dépression favorise un maintien de l'autonomie, pouvant retarder l'entrée en institution. À l'inverse, s'il est insuffisant (en dosage ou en durée), le risque de rechute est accru.

En France, 80 % des patients prennent les antidépresseurs pendant moins de 6 mois. Les facteurs de mauvaise observance sont la survenue d'effets indésirables, un manque de compréhension des symptômes ou de support familial, la stigmatisation de la dépression et la mise en place d'un schéma thérapeutique trop complexe.

Autres thérapies

Les anxiolytiques ne sont pas indiqués en début de traitement. Un symptôme délirant n'est pas un signe de gravité et ne justifie pas systématiquement un traitement antipsychotique associé.

En outre, il faut proposer un accompagnement psychologique et, au minimum, une écoute attentive à toute personne ayant une dépression caractérisée. L'évaluation de l'observance et l'explication des effets du traitement sont à envisager à chaque consultation. Tout tableau durable doit faire considérer la possibilité d'un suivi spécialisé.

PLACE DES AUTRES PSYCHOTROPES

Les neuroleptiques sont à éviter, y compris en institution, car ils induisent trop d'effets indésirables : aggravation ou déclenchement d'un parkinsonisme, effets cardiovasculaires graves, sédation et confusion.

Lorsqu'il est impossible de faire autrement (agitation extrême, délire très envahissant), on prescrit un produit unique (cyamémazine, loxapine, rispéridone), à la dose la plus faible possible, pendant une courte durée, de l'ordre de quelques jours, sans jamais dépasser 4 à 6 semaines. Au-delà, l'avis d'un psychiatre est indispensable. Une association de neuroleptiques n'est jamais justifiée sauf avis spécialisé.

Les hypnotiques sont une option en cas de troubles de sommeil. Cependant, ils ne sont efficaces que sur une courte durée et ont des effets délétères : chutes (avec des conséquences considérables), troubles cognitifs avérés, etc. Leur prescription doit être la plus brève possible, en raison de l'éventualité d'avoir à traiter une anxiété ou une dépression.

D'une façon générale, il convient de garder le réflexe de ne jamais prescrire plus de 2 psychotropes en même temps à une personne âgée, même dans les pathologies les plus lourdes. ●

RÉFÉRENCE

1. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD). Prévention du suicide chez les personnes âgées. Rapport. Octobre 2013.

POUR EN SAVOIR PLUS

– Hazif-Thomas C, Thomas P. Troubles psychiques du sujet âgé. Rev Prat 2014;64:861.
– Binot I, Soto-Martin ME. Agitation et démence. Rev Prat Med Gen 2013;27:715-7.
– Thomas P, Hazif-Thomas C. Dépression chez la personne âgée. Rev Prat 2008;58:389-93.
– Bazin N. Troubles délirants du sujet âgé. Rev Prat Med Gen 2007;21:1210-12.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Par **Svetlana Challier**[1], **Patrice Bourée**[1], **André Paugam**[1, 2]

Dermatophytes transmis par les animaux

L'examen mycologique bien conduit est essentiel pour orienter le clinicien.

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux kératinophiles responsables chez l'homme de lésions de la peau glabre appelées « herpès circiné » (en raison de leur aspect arrondi), de sycosis au niveau de la barbe et de la moustache et de teignes sur le cuir chevelu. On distingue les dermatophytes anthropophiles, les seuls à transmission interhumaine, des zoophiles (transmis par les animaux) et des telluriques (par contact avec le sol ou *via* un pelage animal [museau de chien]).

Épidémiologie

Plusieurs espèces de dermatophytes zoophiles sont associées à différents animaux à fourrure[1] (tableau), qu'ils soient de compagnie ou sauvages. Leur fréquence varie selon les pays[2] en raison des différences d'exposition (contacts et faunes).

En milieu urbain, on retrouve principalement *Microsporum canis* : découvert sur le pelage d'un chien (d'où son nom), c'est le chat qui le transmet dans 80 % des cas, mais on peut l'isoler chez tous les animaux domestiques (lapins, hamsters, souris...). *Trichophyton mentagrophytes* variété *mentagrophytes,* zoophile, est aussi éventuellement tellurique. Les vecteurs sont des mammifères sauvages (mulots, campagnols...) ou domestiques (chiens, cobayes, bovins, ovins...) ;[3] les lapins et les chats sont peu atteints, et le chien de chasse se contamine en reniflant les terriers.

***T. verrucosum* (ou *T. ochraceum*), fréquent à la campagne** (bovidés et ovidés), touche plus particulièrement les enfants qui séjournent à la ferme et jouent avec des veaux. Éleveurs et vétérinaires sont susceptibles d'être contaminés.

L'animal a rarement des lésions alopéciques : plus ou moins inflammatoires et squameuses, elles siègent principalement au niveau de la tête, du museau ou des pattes. La transmission à l'homme se fait par contact direct (caresses) ou indirect (poils sur un canapé, éraflure contre une barrière contaminée). Les spores survivent dans l'environnement pendant au moins un an.[4] La pénétration dans la peau nécessite une excoriation même minime. Les lésions se situent donc sur les zones de contact (visage des enfants qui embrassent les animaux, jambes et bras des adultes en contact avec les griffes de chat) ou de grattage. Contrairement aux dermatophytes anthropophiles, les zoophiles atteignent très rarement les ongles.

Clinique

À l'interrogatoire, on recherche un séjour à la campagne, la pratique de l'équitation, un voyage (animaux côtoyés : dromadaire, singe...). Il faut identifier le vecteur et les personnes de l'entourage du patient potentiellement contaminées. L'animal suspect doit être examiné par le vétérinaire, qui réalise un prélèvement (poils, lésions) et met en œuvre le traitement nécessaire.

L'herpès circiné débute par une petite macule érythémateuse plus ou moins prurigineuse, qui s'étend ensuite de manière concentrique pour atteindre 4-5 cm de diamètre (fig. 1). La peau, normale au centre, a en périphérie un aspect inflammatoire, papuleux, squameux, voire vésiculeux. Parfois, plusieurs zones concentriques s'observent sur une même lésion. En cas de contacts fréquents avec l'animal (lit partagé), ou de déficit immunitaire (corticothérapie, diabète, cirrhose, insuffisance surrénalienne, sida), les lésions sont multiples (fig. 2).

Les teignes surviennent essentiellement chez les enfants avant l'âge de la puberté. Les microsporiques (fig. 3 et 4) sont fluorescentes sous lampe de Wood (cheveux et poils colorés en vert). Les trichophytiques sont souvent très inflammatoires et suppurées (fig. 5). Les plaques érythémato-squameuses initiales deviennent confluentes, se couvrent ensuite de pustules purulentes, provoquant l'expulsion du cheveu. L'inflammation est d'autant plus marquée que le patient a reçu un traitement local par corticoïdes avant d'être adressé au mycologue.

Diagnostic

Les lésions peuvent être confondues avec des eczématides, le pityriasis rosé de Gibert ou des plaques de psoriasis débutantes.

Le prélèvement mycologique, à faire avant tout traitement antifongique, est indispensable. Il est guidé par l'examen sous lampe de Wood, qui met en évidence des atteintes très discrètes. Les lésions sont grattées à la curette, les cheveux

TABLEAU DERMATOPHYTES ZOOPHILES ET RÉSERVOIR ANIMAL

	Dermatophyte	Animal
Microsporum	*M. canis*	Chat, chien, hamster, souris, rat, gerbille, lapin…
	M. persicolor	Rongeurs sauvages
	M. præcox	Cheval
	M. equinum	Cheval
	M. nanum	Porc
Trichophyton	*T. mentagrophytes*	Lapin, hamster, cheval, dromadaire… (domestiques ou sauvages)
	T. erinacei	Hérisson
	T. gallinæ	Volailles
	T. verrucosum	Bovins, ovins, porcs
	T. quinckeanum	Souris
	T. simii	Singes

1. Parasitologie-mycologie, hôpital Cochin, AP-HP, 75014 Paris.
2. Faculté Paris-Descartes, université Sorbonne-Paris-Cité, Paris.
andre.paugam@cch.aphp.fr

L'ESSENTIEL

- ➜ **Les dermatophytes zoophiles** ne se transmettent pas d'homme à homme.
- ➜ **Les enfants** sont les plus fréquemment touchés.
- ➜ **Le vecteur est un animal domestique à pelage** (chat, chien, souris, lapin...).
- ➜ **Les lésions sont inflammatoires,** souvent surinfectées.
- ➜ **Seul le prélèvement mycologique** permet d'affirmer le diagnostic et d'identifier l'animal en cause.



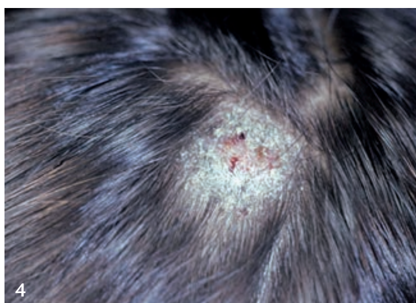
DR



DR



CHU Poitiers. Cdrom Anofel-4.



DR



CHU Rennes. Cdrom Anofel-4

Fig. 1 – Lésions d'herpès circiné de l'avant-bras gauche (*Microsporum canis*).

Fig. 2 – Épidermophytie à *Microsporum canis*.

Fig. 3 – Teigne inflammatoire (kérion) à *Microsporum canis*

Fig. 4 – Teigne tondante à *Microsporum canis*.

Fig. 5 – Sycosis de la barbe chez un agriculteur (*Trychophyton verrucosum*).

prélevés à la pince. Au laboratoire, squames et cheveux sont examinés au microscope, à la recherche de filaments mycéliens et/ou de spores. La mise en culture permet d'isoler, en moins de 3 semaines, l'espèce en cause et de confirmer l'origine animale de la contamination.[4]

Traitement

Il peut débuter dès que le diagnostic est affirmé par l'examen direct, mais l'identification du dermatophyte est essentielle pour l'enquête épidémiologique.

Les teignes du cuir chevelu nécessitent toujours l'association d'un traitement local et général. La griséofulvine est le seul antifongique systémique ayant l'AMM en France dans cette indication. Posologie : 500 mg à 1 g/j pour les adultes (contre-indiquée chez la femme enceinte ou allaitante et le nourrisson < 1 an), 15 à 20 mg/kg/j pour les enfants jusqu'à 15 ans, pendant 6-8 semaines. Une augmentation des doses à 25 mg/kg/j (en 2 prises) permet d'accentuer l'effet anti-inflammatoire de la molécule.[5] L'absorption est meilleure après un repas riche en graisses. Pour les enfants, les comprimés peuvent être écrasés dans un peu de liquide et avalés avec un corps gras.

Des azolés locaux (éconazole, Mycosedermyl ; isoconazole, Fazol) en crème ou lotion sont appliqués 2 x/j sur les lésions (après désinfection antiseptique). En complément, on propose un shampoing antifongique (kétoconazole, Kétoderm), à utiliser 2 x/semaine. En cas de surinfection (suppuration), les antibiotiques sont parfois nécessaires. L'éviction scolaire n'est plus systématique depuis 2003. La réglementation actuelle la justifie uniquement en cas d'absence de certificat attestant d'une consultation et d'un traitement adapté.

Dans l'herpès circiné, un antifongique local suffit dans la majorité des cas : dérivés imidazolés (Amycor, Kétoderm, Fonx), ciclopiroxolamine (Mycoster) ou terbinafine (Lamisil) sont efficaces (pendant 2 à 4 semaines en fonction de l'aspect clinique). Pour les lésions multiples ou très inflammatoires, il faut y associer un traitement systémique : griséofulvine pendant 3-4 semaines chez l'enfant et l'adulte ou terbinafine 250 mg/j durant 2 semaines chez l'adulte (à prendre à la fin des repas).

Pour éviter les recontaminations, un ménage approfondi du logement est recommandé (aspirateur), afin d'éliminer les poils de l'animal vecteur (divans, chaises, lits...). Ce dernier doit être traité par griséofulvine.[4] ●

RÉFÉRENCES

1. Dermatophytoses ou dermatophyties. In: Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales. ANOFEL, 2e éd. Paris: Masson; 2010.
2. Viguié-Vallanet, Paugam A. Dermatophyties transmises par les animaux. Biologiste et Praticien 2007;4:2-18.
3. Chabasse D, Contet-Audonneau N. Dermatophytes et dermatophytoses. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-614-A-10, 2011.
4. Frymus T, Gruffydd-Jones T, Pennisi M, et al. Dermatophytosis in cats: ABCD guidelines on prevention and management. J Feline Med Surg 2013;15:598-604.
5. Leslé F, Goldrajch L, Cremer G, et al. Actualités des dermatophytoses. Feuill Biol 2013(n° 314): 23-32.

S. Challier et P. Bourée déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.
A. Paugam déclare des liens d'intérêts avec Astellas, Pfizer et MSD.

Jambon… en croûte ?



Bruno, 28 ans, consulte pour des lésions croûteuses et prurigineuses apparues sur la jambe droite il y a 3 semaines, après des expositions au soleil. Des plaques jaunâtres siègent au centre d'une zone inflammatoire.

Diagnostic

Par **Pierre Frances**,
médecin généraliste,
66650 Banyuls-sur-Mer.
Marie Moly, externe,
CHU de Montpellier.
frances.pierre@wanadoo.fr

Ecthyma

C'est un impétigo creusant et ulcérant avec atteinte du derme.

Cette pathologie est due le plus souvent au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, mais le staphylocoque doré peut être également impliqué. Les lésions siègent préférentiellement au niveau des membres inférieurs (cuisses, jambes, fesses) et touchent surtout les sujets fragiles (diabétiques, dénutris, alcooliques ou immunodéprimés).

L'ecthyma débute comme un impétigo banal, avec des bulles ou des pustules qui évoluent ensuite en croûtes dures mélicériques.

Une forme gangréneuse est décrite chez l'enfant neutropénique, qui peut entraîner une septicémie (à cause d'une surinfection par le bacille pyocyanique). Chez les sujets immunodéprimés, des ulcérations chroniques des jambes sont parfois observées, pouvant exceptionnellement se transformer en épithélioma spinocellulaire.

Le traitement repose sur des antiseptiques locaux, des topiques antibiotiques (acide fusidique, mupirocine) et une antibiothérapie générale (pénicilline M, association acide clavulanique + amoxicilline, pristinamycine ou macrolides comme la josamycine). Une bonne hygiène est indispensable. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Pilly E. Maladies infectieuses et tropicales. Vivactis Plus; 2007.

Bulle banale…



Fernande, 74 ans, s'est brûlée il y a 2 ans en appliquant un cataplasme sur la jambe droite. Elle a utilisé différents topiques. Cependant, depuis plus de 4 mois, une formation kératosique est apparue formée sur le site de la brûlure, qui se développe progressivement.

Diagnostic

Par **Pierre Frances**, médecin généraliste, 66550 Banyuls-sur-Mer.
Caroline Passeron, interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
Inès Mendes, interne en médecine générale, programme Hippokrates, Lisbonne, Portugal.
Arthur Regnault, externe, 30900 Nîmes.
frances.pierre@wanadoo.fr

Ulcère de Marjolin

L'ulcère de Marjolin est la transformation maligne d'une ulcération chronique ou d'une cicatrice de brûlure.

Rare, son incidence est évaluée à 2 %. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma spinocellulaire (75 % des cas) ou basocellulaire (25 % des cas).

Il se développe le plus souvent :
– au cœur d'une cicatrice de brûlure ;
– en bordure de l'ulcère veineux, qui est anormalement surélevé et prend une configuration hypertrophique.

Les membres, et notamment les plis de flexion, sont le siège préférentiel en raison des contraintes mécaniques qui exposent à une fragilité cutanée et à une réulcération.

Ces carcinomes sont associés à un taux de morbidité et de récidive très élevé, et ont un potentiel métastatique plus important que les épithéliomas spinocellulaires classiques.

Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale large, avec parfois greffe cutanée.

À titre préventif, il faut insister sur la couverture des brûlures aiguës profondes par des hydrocolloïdes, ainsi que sur la rééducation (afin d'éviter la rétraction) et les massages pour assouplir les cicatrices. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Raffas W, Hassam B. Ulcère de Marjolin. Pan Afr Med J 2013;14:98.

Par **Anca Mirela Chiriac**[1], **Pascal Demoly**[1, 2]

Allergie aux produits de contraste iodés

Abus de langage ou notion erronée, l'allergie à l'iode *stricto sensu* n'existe pas.

Les effets indésirables survenus lors d'un examen radiologique ou après application d'un antiseptique iodé et les réactions observées après ingestion d'aliments contenant de l'iode (produits de la mer) ne relèvent pas tous d'un mécanisme allergique. De plus, même en cas d'allergies vraies, ce n'est pas l'élément iode qui en est responsable. Ainsi, la crainte d'allergie croisée entre ces agents ne repose sur aucune preuve scientifique.

Épidémiologie

Les produits de contraste iodés (PCI) permettent de mieux visualiser en imagerie des structures anatomiques ou pathologiques du corps humain.

Les allergies aux PCI sont peu fréquentes, atteignant 0,5 à 3 % des patients exposés.[1] Néanmoins, en raison du nombre considérable d'explorations (estimées à 75 millions/an dans le monde[1] et à 2 millions/an en France), ces produits font désormais partie des allergènes médicamenteux les plus importants.

Les manifestations allergiques (tableau) sont de type immédiat (elles surviennent moins de 1 heure après injection), ou retardé (entre 1 heure et 7 jours) et correspondent respectivement aux hypersensibilités de type I (dépendante des anticorps IgE) et IV (médiée par les lymphocytes T) de la classification de Gell et Coombs.[2] L'issue peut être fatale.[1]

Le principal facteur de risque est un antécédent de réaction évocatrice d'allergie aux PCI, surtout si sévère.[1] L'association avec atopie, asthme, autres allergies médicamenteuses ou sexe féminin a été évoquée mais reste controversée.

1. Unité exploration des allergies, CHU-hôpital Arnaud de Villeneuve, 34295 Montpellier Cedex 5.
2. Département de pneumologie/addictologie, CHU-hôpital Arnaud-de-Villeneuve ; Sorbonne universités, UPMC Paris-6 ; Inserm UMR-S 1136, équipe EPAR, Paris.
pascal.demoly@inserm.fr

Mécanismes

Les effets immédiats induits par les PCI sont très divers. Il faut différencier les réactions d'hypersensibilité (ressemblant cliniquement à une allergie) de celles, beaucoup plus fréquentes, liées à la complication d'une maladie sous-jacente (choc vagal, cardiogénique…) et des autres effets toxiques possibles (sensation de chaleur, goût métallique dans la bouche, nausées, vomissements, insuffisance rénale).

Plusieurs mécanismes sous-tendent les réactions d'hypersensibilité immédiate :

Histaminolibération non spécifique par les mastocytes et basophiles. Les PCI ont un « pouvoir urticant » démontré *in vivo* et *in vitro*, lié à la dégranulation de ces cellules, qui semble d'autant plus important que le PCI est hyperosmolaire, ionique, injecté en grande quantité ou rapidement. La non-spécificité de la réaction implique l'absence de mémoire immunologique (contrairement aux réactions IgE-dépendantes) et laisse supposer une efficacité des mesures de prévention par prémédication ou adaptation du volume et de la vitesse d'injection.

IgE-dépendant. Chez un individu préalablement sensibilisé, la dégranulation des basophiles et des mastocytes se produirait de façon spécifique, suite au pontage des IgE membranaires lors du contact avec le PCI, entraînant alors la libération d'histamine et de tryptase, les 2 acteurs incontournables de l'allergie. Leur taux élevé pendant la réaction plaide pour un mécanisme allergique vrai.[3-5] Malgré les nombreuses évidences en faveur de cette hypothèse, les praticiens américains restent sceptiques et préconisent une prémédication systématique (qui par ailleurs n'empêche pas les réactions allergiques graves) en prévention d'une réaction immédiate, sans exploration allergologique.

Autres : activation du complément, atteinte endothéliale vasculaire, altération de l'activité plaquettaire, inhibition de la coagulation sanguine et de la fibrinolyse.

Dans les réactions retardées aux PCI, un mécanisme allergique vrai, médié par des lymphocytes T spécifiques, a été démontré[1, 3, 5] *in vivo* (tests cutanés positifs, biopsies des éruptions cutanées) et *in vitro* (transformation et activation lymphocytaire).

TABLEAU MANIFESTATIONS ALLERGIQUES

Tableaux cliniques	Signes d'alerte et de sévérité (visibles)	Signes d'alerte et de sévérité (invisibles)
<u>Réactions immédiates</u>		
Urticaire/angiœdème Rhino-conjonctivite Bronchospasme Choc anaphylactique ± symptômes digestifs	Survenue rapide de symptômes cutanés et cardiovasculaires Hypotension Dyspnée Dysphonie	Tryptasémie élevée
<u>Réactions retardées</u>		
Exanthème maculopapuleux Urticaire/angiœdème retardés Érythème pigmenté fixe Pustulose exanthématique aiguë généralisée Vascularite Syndrome DRESS Syndrome de Stevens-Johnson Syndrome de Lyell	Adénopathies Fièvre > 38,5 °C Peau douloureuse Atteinte > 50 % de la surface cutanée Atteinte des muqueuses Bulles Lésions purpuriques, nécrotiques	Hyperéosinophilie Hépatocytolyse Insuffisance rénale

DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) : syndrome d'hypersensibilité.

L'ESSENTIEL

➜ **Il n'y a pas de lien** entre les réactions aux PCI et celles aux antiseptiques iodés ou aux produits alimentaires contenant de l'iode.

➜ **Les allergies aux PCI** sont soit immédiates, soit retardées (jusqu'à 7 jours après l'injection).

➜ **Le bilan allergologique** permet de distinguer les vraies allergies des réactions non spécifiques. Il ne doit pas être effectué en l'absence d'antécédent.



Fig. 1 – Tests allergologiques cutanés en lecture immédiate.

◄ **Patient de 17 ans, avec antécédent de réaction immédiate** (choc anaphylactique) lors de l'injection du PCI 1 pour un scanner cérébral. L'injection intradermique (IDR) des PCI 1 et 4 s'accompagne d'un résultat positif (œdème, érythème autour de la papule d'injection, prurit), alors que les IDR des PCI 2 et 3 restent négatives. **Conclusions :** allergie immédiate (IgE-dépendante) au PCI 1 ; réaction croisée avec le PCI 4. Si besoin absolu d'un autre examen radiologique avec injection de PCI et absence de procédure, l'injection du PCI 2 ou 3 pourra être faite en prévenant l'anesthésiste-réanimateur.

Patient de 45 ans, avec antécédents de réaction retardée grave (DRESS, avec hépatite et insuffisance rénale), lors de l'injection du PCI 6 pour un scanner abdominal. Tous les 10 PCI testés donnent des réactions (érythèmes infiltrés, prurigineux) aux points d'injection dans les 24 h suivant la pratique des IDR. **Conclusion :** allergie retardée au PCI 6 ; réaction croisée avec tous les PCI testés. Contre-indication formelle à l'utilisation des PCI. ►



Fig. 2 – Tests cutanés en lecture retardée.

Démarche diagnostique

Parfois, il est difficile de distinguer cliniquement une réaction d'hypersensibilité d'une réaction vagale, ou toxique, liée plutôt aux caractéristiques propres aux PCI (osmolarité, viscosité, charge) et dans la plupart des cas il n'existe pas de test de diagnostic ou de dépistage.

Le bilan allergologique consiste à ré-exposer le patient aux PCI, dans des conditions standardisées et sécurisées (praticiens formés à la technique et à l'interprétation des tests) et d'une façon très progressive : tout d'abord, *via* des tests cutanés ; s'ils sont négatifs, une réintroduction progressive du PCI incriminé ou d'un PCI alternatif pour en vérifier la tolérance peut être envisagée, en cas de réactions retardées (la valeur prédictive négative des tests cutanés étant < 50 %).[5]

Bien que rarement réalisé, ce bilan a de nombreux intérêts. Tout d'abord, si une allergie est exclue, la prescription d'explorations utilisant un PCI est possible. Une prémédication avant l'injection peut être recommandée en fonction de l'intensité de la réaction et du contexte (*e.g.,* antihistaminique chez un patient ayant un fond d'urticaire chronique et un bronchodilatateur en cas d'asthme bronchique, pour limiter les effets de l'histaminolibération non spécifique).

Si l'allergie est démontrée, le bilan allergologique permet d'identifier les PCI à éviter à l'avenir (ceux dont les tests cutanés sont positifs), voire à contre-indiquer formellement (surtout en cas de réactions retardées sévères avec atteintes graves d'organes internes). Ce bilan vise également à rechercher des alternatives : une dizaine de molécules de PCI administrées par voie parentérale sont disponibles en France. En effet, les réactions croisées sont possibles (surtout dans l'hypersensibilité retardée), mais pas systématiques.[3] L'injection d'un PCI à tests cutanés négatifs est généralement bien tolérée en cas de réaction immédiate et elle peut être autorisée en l'absence d'alternative et sous réserve d'avoir accès à un équipement de réanimation.[4, 5]

Enfin, les cas démontrés sont déclarés aux centres régionaux de pharmacovigilance.

Prévention

Elle passe d'abord par les explorations, en évitant une prémédication excessive et inappropriée par glucocorticoïdes et antihistaminiques. Plus ces patients étiquetés « allergiques à l'iode » seront adressés à l'allergologue, moins il y aura de décisions médicales arbitraires lors de la prescription d'une exploration avec injection de PCI. Aucun bilan allergologique ne doit être effectué en prédictif (*i.e.,* chez un patient n'ayant jamais eu de réaction évocatrice d'allergie à un PCI), ni en cas d'antécédents de réactions à d'autres produits contenant de l'iode comme les fruits de mer. Il faut délivrer des informations claires aux patients sur l'absence de réactions croisées. ●

RÉFÉRENCES

1. Brockow K. Immediate and delayed cutaneous reactions to radiocontrast media. Chem Immunol Allergy 2012;97:180-90.

2. Pichler WJ. Delayed drug hypersensitivity reactions. Ann Intern Med 2003;139:683-93.

3. Brockow K, Romano A, Aberer W, et al.; European Network of Drug Allergy and the EAACI interest group on drug hypersensitivity. Skin testing in patients with hypersensitivity reactions to iodinated contrast media – a European multicenter study. Allergy 2009;64:234-41.

4. Caimmi S, Benyahia B, Suau D, et al. Clinical value of negative skin tests to iodinated contrast media. Clin Exp Allergy 2010;40:805-10.

5. Gómez E, Ariza A, Blanca-López N, Torres MJ. Nonimmediate hypersensitivity reactions to iodinated contrast media. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2013;13:345-53.

Déclaration de lien d'intérêts : A.M. Chidiac : ALK, Stallergènes ; P. Demoly : Chiesi, AstraZeneca, Stallergènes, Circassia, Allergopharma, Pierre Fabre Médicaments, ALK, DBV, ThermoFisher Scientific.



Par **Godefroy Hirsch**,
équipe d'appui départementale de soins palliatifs,
centre hospitalier de Blois, site Croix du Foix,
41016 Blois Cedex.
gh41@wanadoo.fr

Limitation et arrêt de traitement

Comment se prémunir de l'obstination déraisonnable ?

Dans l'exercice quotidien à domicile et en EHPAD, notamment en cas de maladie létale avancée ou terminale, comment éviter l'acharnement thérapeutique ?[1]

Selon la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, le terme « obstination déraisonnable » recouvre des investigations, soins ou traitements *« inutiles, disproportionnés ou dont le seul effet est le maintien artificiel de la vie »*.[2]

Notons que dans un récent arrêté, le Conseil d'État a confirmé que l'hydratation et la nutrition par des moyens artificiels sont considérées comme un traitement.

En pratique, comment faire pour distinguer si la poursuite d'une dialyse, un traitement corticoïde ou même la pose d'une simple perfusion sous-cutanée ne relèvent pas de l'obstination déraisonnable ?

Identifier les situations à risque

Le clinicien doit être particulièrement attentif lors de certaines situations de vie qui imposent de s'interroger sur la pertinence des traitements :

- personne vulnérable ou fragilisée : atteintes cognitives (démences…), troubles de l'élocution et de la compréhension, enfants, pathologies psychiatriques lourdes… ;
- maladies chroniques, type insuffisance d'organe (cœur ou rein…) en phase avancée ou subissant de multiples rechutes ou hospitalisations ;
- aggravation de la maladie létale, phase terminale ou fin de vie ;
- désaccord dans la conduite du projet thérapeutique ou de soin ;
- difficultés pour le patient ou sa famille à mettre des mots sur l'évolution ou la gravité de la maladie ;
- incompréhension des proches autour de la finalité des traitements ;
- paroles autour du mourir, demande d'euthanasie ;
- toutes les situations où prédomine l'incertitude concernant le devenir, l'évolution de la maladie ou la résolution d'un problème médical aigu dans un contexte de gravité.

Construire une vraie relation avec le patient

La loi Leonetti propose des repères pour éviter l'acharnement thérapeutique. Le médecin généraliste doit en connaître les grands axes :

- le malade a le droit de refuser tout traitement, même si une telle décision a un impact sur la durée de sa vie ;
- à travers la désignation d'une personne de confiance (qui sera porte-parole et non décideur) et la rédaction de directives anticipées, le patient exprime ses souhaits concernant les limitations ou arrêt de traitement, à prendre en compte s'il ne peut plus communiquer ;
- si le malade n'est plus en capacité de s'exprimer, ces décisions ne peuvent être prises qu'après une délibération collective (procédure collégiale) ;
- dans tous les cas, des soins palliatifs doivent être mis en œuvre.

Mais si les repères de la loi sont nécessaires, ils ne sont pas suffisants.[3]

Les interrogations sur l'utilité d'un traitement doivent être discutées avec le patient. Un certain temps est nécessaire pour que le malade chemine dans ses questionnements. Mais il faut toujours rester vigilant quant à la dimension symbolique de l'arrêt de thérapeutiques. Surtout si celles-ci ont été prises pendant de nombreuses années ou étaient fortement investies

Une fin de vie moins douloureuse

Monsieur R., 84 ans, réside en maison de retraite avec son épouse (atteinte de maladie d'Alzheimer). Il a un diabète non insulinodépendant compliqué d'une artérite sévère. Il y a 6 mois, il a été hospitalisé pour une bronchopneumopathie grave. Une dialyse a été instaurée en raison d'une décompensation d'une insuffisance rénale latente. Depuis : altération de l'état général, diminution franche de son autonomie et apparition d'escarres aux talons.

Depuis 10 jours, il affirme : « *J'en ai marre, arrêtez tout, laissez-moi crever* ». Il ne veut plus de la dialyse, qu'il n'a débutée que « *parce qu'il pensait que cela lui permettrait de remarcher* ».

Le médecin traitant fait appel à l'équipe du réseau de soins palliatifs. Après échange, évaluation clinique et rencontre avec le patient, les grands axes du projet de soin sont :

- amélioration de la prise en charge de la douleur, notamment lors des soins d'escarres ;
- diminution du nombre de séances hebdomadaires de dialyse ;
- adaptation des transports (véhicule plus confortable, couverture antalgique appropriée).

Monsieur R. accepte ces propositions. Au cours des semaines suivantes, les séances de dialyse sont progressivement espacées puis arrêtées.

Le patient décède plus d'un mois après, étant toujours resté confortable, grâce à des traitements antalgiques adaptés.

L'ESSENTIEL

➜ **La décision de limiter ou d'arrêter un traitement** renvoie à la responsabilité médicale.
➜ **Objectif : tendre vers une proportionnalité des traitements.**
➜ **Pour éviter des situations de blocage,** le médecin doit oser une rencontre authentique avec le malade.
➜ **Si le patient ne peut plus s'exprimer,** élaboration partagée et délibération collective sont indispensables.

par le patient. Les stopper brutalement, notamment sans explication, peut alors relever d'une certaine violence.

Il faut clairement expliciter au patient et à sa famille l'objectif fixé pour chaque thérapeutique. C'est l'occasion de voir s'il est clair ou non pour le patient, s'il semble raisonnablement atteignable, s'il ne devient pas excessif, futile ou disproportionné. Ce questionnement doit impérativement être partagé avec les proches et l'équipe. En cas de doute ou d'incertitude sur le bien-fondé d'une thérapeutique, il est tout à fait possible de déterminer un objectif avec le sujet, tout en convenant que celui-ci ne sera peut-être pas atteint.

Il est indispensable de se mettre à l'écoute de la personne malade, lorsque celle-ci est capable d'échanger avec le médecin. Il faut pouvoir saisir les perches qu'elle tend à travers ses questions, voire les susciter, accorder de la place au récit qu'elle peut faire de sa maladie, de ses espoirs, de ses doutes. Il s'agit alors pour le médecin de l'accompagner dans une élaboration qui se cherche, dans un cheminement parfois difficile, tortueux, plein d'allers et retours et de paradoxes. C'est souvent à travers une certaine revisitation de l'histoire de la personne que prend forme progressivement la proposition qui semble la plus adaptée.

Il faut rester attentif aux effets secondaires ou éventuels inconforts des traitements proposés (balance bénéfices/inconvénients). En phase terminale d'une maladie grave ou en fin de vie, seul le confort de la personne malade compte. Toute thérapeutique qui ne concourt pas à cet objectif doit être écartée.

Patient ne pouvant plus s'exprimer

La décision de limiter ou arrêter les traitements (dont le médecin est responsable) nécessite une élaboration collégiale. Mais toute situation ne peut pas se réduire à la seule question de la poursuite ou non de certaines thérapeutiques.

S'appuyer sur la réflexion collective est nécessaire lorsque l'avenir est incertain, si l'intérêt d'une thérapeutique n'est pas évident, quand il existe des dissensions entre les acteurs du soin. Chacun sera à même de partager les informations qu'il possède mais aussi ses impressions, voire ses ressentis. Les affects, les représentations peuvent être très présents, même s'ils ne sont pas toujours conscientisés. Chacun doit pouvoir s'exprimer au cours d'une réunion de synthèse. Il faut veiller à ce que l'approche médicale ne prenne pas toute la place et rester à l'écoute des autres dimensions du vivre.

Garder une approche globale, c'est prendre en compte :
- les données médicales actuelles, évolution de la maladie, pronostic ;
- les éléments du confort et de la qualité de vie ;
- les douleurs ou symptômes d'inconfort, traitements symptomatiques et antalgiques en place ;
- l'examen clinique (qui garde tout son sens) et les informations provenant des autres intervenants (infirmières libérales, aides soignantes du SSIAD, équipe de l'EHPAD) ;
- les capacités de la personne, même dans un état clinique altéré, à garder un échange avec ses proches, avec les soignants. Comment réagit-elle au contact, à la simple présence ?
- les souhaits antérieurement exprimés du malade concernant les orientations des traitements, l'avis de la personne de confiance et les directives anticipées ;
- les paroles des proches sur la situation actuelle.

Des outils d'aide au questionnement éthique peuvent être utilisés.[4, 5]

L'ensemble de ces éléments fonde le projet de soin et d'accompagnement dans lequel peut prendre place un arrêt ou une limitation de traitement.

C'est rarement une décision urgente à domicile ou en EHPAD. Il faut se donner du temps, mettre en œuvre une adaptation des soins, réévaluer la situation. Il peut être légitime de commencer d'abord par une limitation, puis de réévaluer la situation dans sa globalité, avant de proposer un arrêt de thérapeutiques.

Il est particulièrement important d'expliquer à la famille le sens de ce qui est fait, les objectifs visés, mais aussi préciser toutes les actions de soins et traitements mis en place pour le confort de la personne. Il faut laisser du temps aux proches pour qu'ils puissent saisir les enjeux en cours, poser des questions, faire part de leur doute ou de leur désarroi. L'évocation de l'arrêt des traitements les confronte avec la gravité de la maladie, la menace sur la vie et peut être perçue comme un geste d'abandon envers le malade. Souvent, les représentations autour du mourir et de ses conditions sont présentes : *« Mais s'il n'est plus nourri, il va mourir de faim ! ».* Il faut accueillir de telles paroles, rassurer sur les éléments de confort, faire comprendre ce qui se dessine.[6]

Pour déterminer les justes soins dans ces situations difficiles, un avis ou regard extérieur est bienvenu. C'est dire l'intérêt de pouvoir solliciter une équipe de soins palliatifs (type équipe mobile ou réseau). L'expérience de ces acteurs dans les situations de grande complexité, leur regard décalé du quotidien du soin et leur habitude de questionnement au sein d'un collectif peuvent être très utiles. ●

RÉFÉRENCES

1. Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France. Décembre 2012. www.social-sante.gouv.fr
2. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. www.sante-gouv.fr
3. Mallet D, Hirsch G, Duchêne V. Repères pratiques sur l'application de la loi Leonetti. Med Pal 2010;9:191-5.
4. Gomas JM. Démarche pour une décision éthique (DDE): Comment préparer en équipe la meilleure décision possible dans des situations de crise ou de fin de vie. Presse Med 2001;30:973-5.
5. Sebag-Lanoë R, Trivalle C. Du curatif au palliatif. Les dix questions pour prendre une décision. Geriatries 2002;28:15-8.
6. SFAP/SFGG. Fiche pratique. Il va mourir de faim, il va mourir de soif. http//www.sfap.org

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

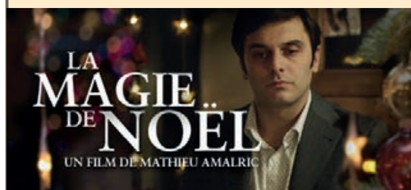
Revue des blogs



Noël réussi = Noël en vie !

Ne prenez pas le volant le soir du réveillon. Tel est le conseil en forme de cadeau de l'urgentiste de choc : docadrenaline (mis en ligne le 23 décembre).

Dans un billet court, percutant et elliptique (un bon concentré de ses qualités rédactionnelles), elle tente de dissuader celles et ceux qui fatigués et alcoolisés voudraient quand même conduire leur véhicule. Tant pis *si Mamie est chiante comme la pluie* et si *Pépé vous saoule avec ses discours surannés*, restez dormir sur place, conseille-t-elle.



Le 2e cadeau est un court-métrage de Mathieu Amalric (La magie de Noël) dont Jean-Yves Nau (blog Journalisme et santé publique) a signalé l'existence le 21 décembre. Mis en ligne sur YouTube, ce film de 5 minutes est une commande de la Sécurité routière. Il évoque les conséquences dramatiques de l'envoi d'un texto en conduisant une voiture. Encore plus elliptique que le billet de docadrenaline, cette « leçon de cinéma » est parfaitement débriefée dans un entretien avec l'auteur, en ligne sur YouTube.

Consultez… les billets

- **docadrenaline (Cadeau !!!)** http://bit.ly/1GTPYoG
- **Journalisme et santé publique** (Attention : ne pas cliquer ici si vous envoyez un texto urgent au volant) http://bit.ly/1txK6iy
- **La magie de Noël** http://bit.ly/13eMoqh
- **Entretien avec Mathieu Amalric** http://bit.ly/1thJCaH

Frondeurs et révoltés

Pendant la période de Noël, les médecins blogueurs ont endossé leurs habits de frondeurs : revendication de meilleures conditions d'exercice (Armance), critique du tiers payant généralisé (Jaddo), réquisitoire contre la ministre de la Santé (en attendant H5N1)…

La grogne a remplacé la magie de Noël, dans l'attente (énervée) de la future loi de santé.

Non grévistes

La majorité des médecins qui se sont exprimés dans leurs blogs ont déclaré ne pas vouloir participer au mouvement de grève. Certains (Docteurdu16, docmam, Armance) l'ont dit simplement, d'autres (Jaddo) de façon plus imagée : *les gens nous imaginent déjà faire du golf dans un chalet au ski, c'est vraiment donner des verges pour se faire battre*.

Deux raisons sont avancées : la période des fêtes de fin d'année et l'absence de message clair sur le pourquoi de la grève. Dans un billet daté du 30 décembre, Dominique Dupagne (Atoute) donne sa réponse sur le pourquoi : *les médecins libéraux « en ont gros ». Gros d'être maltraités en permanence par des énarques qui ne connaissent rien à leur métier. Gros d'être accusés de dilapider l'argent public, alors que les soins de ville qui participent à l'excellence de la médecine française coûtent en moyenne 30 % de moins que dans les autres pays de l'OCDE.* Une réponse à répercuter auprès des journalistes de la presse et des radios nationales qui n'ont pas été suffisamment « à la hauteur » sur les motivations de la grève.

Pas contents

Dans sa lettre au père Noël, Armance « utopiste ascendant nanar » dresse la liste de ses revendications. Certaines d'entre elles ont été déjà émises dans la série de blogs sur la pédagogie médicale (Rev Prat Med Gen 2014;28:742). Cela n'empêche pas la missive d'être longue : du temps (celui qui est nécessaire et suffisant) pour les patients, une image de l'activité du médecin généraliste moins caricaturale que celle diffusée par les médias et certains députés ; une meilleure information (et formation) du patient ; une simplification de l'administratif ; une formation continue indépendante… Quant à la grève, Armance n'a pas fermé son cabinet faute de s'être reconnue dans la communication qui en a été faite.

Haro sur le TPG

Le tiers payant généralisé (TPG) n'est pas la tasse de thé de Jaddo. Elle le dit haut et fort dans son style personnel (Pas de TPG dans mes souliers).

Elle y est hostile pour de multiples raisons. En premier lieu, ce que Jaddo appelle « *le bordel infâme* » et qui n'est autre que le contrôle des droits et la course aux remboursements dans les 400 assurances complémentaires. En deuxième lieu, la dépendance aux complémentaires qui ont beau jeu d'imposer leurs dictats (choix du correspondant ou du générique, par exemple). Enfin, son coût pour le praticien n'est pas négligeable : il devrait être de quelques euros par acte.

Marisol n'est pas à la fête

Christian Lehmann (En attendant H5N1) ne porte pas Marisol Touraine dans son cœur. Il se demande en quoi la ministre de la Santé est de gauche (bien qu'elle l'affirme à chaque apparition dans les médias).

Dans un long réquisitoire, le médecin généraliste dénonce la future loi de santé et fait porter à Madame Touraine la responsabilité *de la destruction d'une médecine de l'individu, au profit d'une industrie de santé adossée aux appétits des assureurs et des actionnaires.* ●

Philippe Eveillard

Note : Ces billets sont en ligne sur le site du club des médecins blogueurs.



Par **Annabelle Bosch**,
chargée de mission organisation du congrès de l'ISNAR-IMG.
publication@isnar-img.com – www.isnar-img.com

16e Congrès national des internes de médecine générale

Le Congrès national organisé par l'ISNAR-IMG[1] chaque année est construit de A à Z par des internes pour des internes. L'ISNAR-IMG traite des sujets et problématiques de la profession afin de mieux défendre les intérêts collectifs. Son conseil d'administration (CA) est l'organe décisionnaire dont font partie les représentants des 24 subdivisions adhérentes. La voix du CA est portée par le bureau national, organe exécutif.

Le congrès est un lieu unique de rassemblement, de rencontres, d'échanges d'idées, de débats et de réflexion autour de notre formation et de notre profession, de l'interne, de son statut, de son parcours universitaire et de sa santé. Il est réfléchi et construit à destination des internes principalement, mais pas uniquement. Médecins, pharmaciens et étudiants sont également attendus et bienvenus !



Quand et où ?

L'Association des internes de médecine générale-Midi-Pyrénées (AIMG-MP) sera ravie de vous accueillir à Toulouse les 30 et 31 janvier 2015 pour la 16e édition de ce congrès intitulée « De la formation à l'installation, décollage immédiat ». Il débutera le vendredi 30 janvier dès 8 heures 30 au centre de congrès Pierre Baudis.

Après l'accueil, se déroulera la table ronde d'ouverture sur le thème « L'interne, un patient (pas) comme les autres ». Ce sera l'occasion de réfléchir sur la prise en charge de sa santé. Quatre ateliers se tiendront simultanément l'après-midi. Le choix sera difficile mais pas d'inquiétude, une capture vidéo de toutes les interventions sera réalisée et mise à disposition sur notre site Internet après le congrès (toulouse.isnar-img.com) :

- **L'installation, avec ou sans hésitations,** sera le lieu où discuter de notre installation future, de ses freins, ou au contraire de ses incitations.
- **La thèse, un essai à transformer** vous fera réfléchir sur le fait qu'elle peut être un moyen de se réaliser personnellement et professionnellement ;
- **Errare humanum est** ou comment comprendre et apprendre de l'erreur médicale ;
- **Je doute donc je prescris ?** permettra de revenir sur les différents déterminants de la prescription, médicale ou non.

Le vendredi soir, place à la détente aux espaces Vanel, arche Marengo : dîner assis, spectacle musical et soirée dansante !

Enfin, n'oublions pas la remise du prix Alexandre Varney, récompensant un travail original mettant en valeur la médecine générale. Un trophée ainsi qu'un chèque d'une valeur de mille euros seront remis au gagnant ou à la gagnante.

La table ronde de clôture, le samedi matin, portera sur « Travailler ensemble, quelles perspectives ? ». L'interprofessionnalité sera donc au cœur des débats. Nous espérons vous accueillir nombreux à Toulouse ! Rejoignez-nous, inscrivez-vous vite ! http://congres.isnar-img.com

1. Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale.